

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.10.2026 10:36:12
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С. Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

Специальность 31. 08. 32 Дерматовенерология

Квалификация врач-дерматовенеролог

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра дерматовенерологии

**Санкт-Петербург
2026 г.**

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства
УК–1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	эссе
		рефераты
		презентации
		ситуационные задачи
		ситуационные задачи для экзамена
		тестовые задания для экзамена
		вопросы для экзамена
ПК–1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	контрольные вопросы
		рефераты
		эссе
		ситуационные задачи
		ситуационные задачи для экзамена
		тестовые задания для экзамена
		вопросы для экзамена
ПК–2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	тестовые задания
		контрольные вопросы
		презентации
		ситуационные задачи
		практические навыки
		ситуационные задачи для экзамена
		тестовые задания для экзамена
ПК–3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	тестовые задания
		контрольные вопросы
		ситуационные задачи
		ситуационные задачи для экзамена
		тестовые задания для экзамена
		вопросы для экзамена
		вопросы для экзамена
ПК–4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	тестовые задания
		контрольные вопросы
		ситуационные задачи
		ситуационные задачи для экзамена
		тестовые задания для экзамена
		вопросы для экзамена

ПК–5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	тестовые задания
		контрольные вопросы
		рефераты
		эссе
		ситуационные задачи
		практические навыки
		ситуационные задачи для экзамена
		тестовые задания для экзамена
ПК–6	готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	вопросы для экзамена
		тестовые задания
		контрольные вопросы
		рефераты
		эссе
		ситуационные задачи
		практические навыки
		ситуационные задачи для экзамена
ПК–8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	тестовые задания для экзамена
		тестовые задания
		контрольные вопросы
		рефераты
		эссе
		ситуационные задачи
		ситуационные задачи для экзамена
		вопросы для экзамена
ПК–9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	тестовые задания для экзамена
		рефераты
		эссе
		презентации
		ситуационные задачи
		ситуационные задачи для экзамена
		вопросы для экзамена

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код и наименование компетенции	Этапы формирования компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: пациент–ориентированный подход в современной дерматовенерологии; роль врача-дерматолвенеролога в сохранении и укреплении здоровья населения; Уметь: анализировать медицинскую информацию профессионального дерматовенерологического содержания, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины. Владеть: нормативной и распорядительной документацией в дерматовенерологии; современными образовательными технологиями	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
		Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включение в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направ-	Знать: принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных дерматовенерологических заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП. Уметь: применять нормативно-правовую базу в медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждение возникновения или распространения дерматовенерологических заболеваний, использовать знания по профилактике бо-	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
		Компетенция не	«неудовлетвори-	

ленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	лезней кожи и ИППП; использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики Владеть: методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии кожных и венерических болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики.	сформирована	тельно» / «не за- чено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	Знать: принципы ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в КВД, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры; правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с заболеваниями кожи и ИППП Уметь: провести общеклиническое исследование дерматологического больного по показаниям; выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, заполнять документацию; проводить клиническое обследование пациента с патологией кожи и слизистых: внешний осмотр,			

	формировать диспансерные группы, Владеть: навыками осуществления санитарно-просветительской работы со взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний кожи и слизистых, навыками заполнения учетно-отчетной документации, навыками оформления информированного согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации			
ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать: организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения с заболеваниями кожи, принципы проведения противоэпидемических мероприятий в КВД в чрезвычайных ситуациях Уметь: Организовать и провести противоэпидемические мероприятия в КВД, в том числе в условиях распространения новой коронавирусной инфекции Владеть: методами, обеспечивающими защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях, методами защиты пациентов КВД в условиях распространения новой коронавирусной инфекции			
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-	Знать: порядок практического применения социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков с целью ана-			

статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	лиза рисков и заболеваемости болезнями кожи; методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в КВД Уметь: собирать, рассчитывать и анализировать основные показатели здоровья взрослых и подростков; работать с персональными данными пациентов КВД и сведениями, составляющими врачебную тайну; вести медицинскую документацию, в том числе и в электронном виде. Владеть: навыками ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в КВД, сбора информации о заболеваемости болезнями кожи населения; навыками расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья взрослых и подростков.			
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Уметь: выбирать по показаниям и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики кожного заболевания и патологических процессов в			

	коже и слизистых, в том числе при соматических заболеваниях; оформлять медицинскую документацию в КВД. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз кожного заболевания согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования. Владеть: методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам с патологией кожи на основании Международной классификации болезней			
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	Знать: основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в дерматовенерологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам. Уметь: оказывать помощь, обследовать, проводить лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях кожи и патологических состояниях, протекающих в коже при соматической патологии, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных			

	средств при лечении болезней кожи и слизистых. Владеть: алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем; оценки тяжести состояния больного: определения объема обследования и лечения; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные осложнения			
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	Знать: основные подходы к рекомендациям и назначению оптимального режима питания, труда, отдыха в зависимости от морфофункционального статуса; определять показания и противопоказания к назначению физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии при заболеваниях кожи, слизистых оболочек; механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии при кожных заболеваниях; использовать основные курортные факторы при лечении пациентов дерматологического профиля; Уметь: обосновать выбор физиотерапевтического воз-			

	действия, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии для лечения пациента с патологией кожи и слизистых; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; лекарственной, немедикаментозной терапии у пациентов с заболеваниями кожи, нуждающихся в медицинской реабилитации; разработать оптимальную тактику медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями кожи с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии Владеть: алгоритмом проведения реабилитационных мероприятий с пациентами, переболевшими заболеваниями дерматологического профиля, владеть методами физиотерапии, лекарственной, немедикаментозной терапии; алгоритмом использования в профессиональной деятельности различных методов немедикаментозной терапии болезней кожи с учетом современных подходов к их лечению и медицинской реабилитации			
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: основные факторы риска заболеваний кожи, гендерные аспекты, формирование здорового образа жизни в семье; формы и методы профилактического консультирования по профилактике заболеваний кожи и ИППП; Уметь: применять нормативно-правовую базу в отделениях профилактики КВД, центрах здоровья;			

	применять методы мотивации, медикаментозной и немедикаментозной коррекции, контроля за основными факторами риска кожных заболеваний Владеть: навыками проведения гигиенического воспитания, обучения в формировании здорового образа жизни у населения, навыками психолого-педагогического консультирования для мотивации на преодоление основных факторов риска дерматологических заболеваний			
--	--	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Тематика рефератов	Содержательные: - соответствие содержания работы заявленной теме; - степень раскрытия темы; - наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; - обоснованность выбора темы, ее актуальности; - структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); - аргументированность собственной позиции; - корректность формулируемых выводов. Формальные: - оформления реферата по ГОСТу; - реферат включает в себя: • титульный лист • содержание • введение • основную часть • заключение • список литературы Максимальный объем страниц – 10. Размеры полей: правое – 10 мм, левое – 30 мм, а нижнее и верхнее по 20 мм. Страницы нумеруются исключительно

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характери- стика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные крите- рии оценивания
				арабскими цифрами по центру. На титульном листе номер страницы не ставится, но учитывается. Шрифт текста – Times New Roman. Размер кегль – 12-14. Межстрочный интервал – 1, 5, кроме титульной страницы. Пишется реферат на листе А4 исключительно на одной стороне листа. Каждая из частей начинается с новой страницы. Заголовки должны четко и кратко отражать содержание разделов, подразделов. Заголовки следует печатать с прописной буквы. Переносы слов в заголовках не допускаются. Если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой. В конце заголовка точку не ставят. Расстояние между заголовком и последующим текстом должно быть не менее 10 мм. Список литературы – 4-12 позиций, не старше 10 лет, содержит не менее 10 источников, 70% которых – научные и учебно-методические издания; из них более 50% – литература, опубликованная за последние 5 лет.
2.	Эссе	Продукт самостоятельной	Тематика эссе	Содержательные:

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характери- стика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные крите- рии оценивания
		работы обучающегося, представляющий собой мысли автора эссе по определенной проблеме в форме кратких тезисов, подкрепленные результатами исследований; аналитического обзора литературы по заданной теме.		соответствие содержания заявленной теме; степень раскрытия темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.
3.	Вопросы для устного опроса	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т. п.	Вопросы для устного опроса	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
4.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения.	Ситуационные задачи	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность приме-

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характери- стика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные крите- рии оценивания
				няемого способа ре- шения ситуационной задачи
5.	Презентация	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов научного исследования; аналитического обзора литературы по заданной теме и т. д. в электронной форме с помощью соответствующего программного обеспечения	Тематика презентаций	Содержательные: соответствие содержания доклада презентации заявленной теме; степень раскрытия темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: соблюдение временного регламента выступления; соответствие стиля выступления требованиям научного жанра
6.	Практические навыки	Средство проверки умений и навыков, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины.	Перечень практических навыков	Практические навыки согласно квалификационной характеристике врача-дерматовенеролога
7.	Тестовые задания для экзамена	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания для экзамена	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
8.	Ситуационные задачи для экзамена	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор	Ситуационные задачи для экзамена	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи;

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характери- стика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные крите- рии оценивания
		варианта решения.		адекватность приме- няемого способа ре- шения ситуационной задачи
9	Вопросы для эк- замена	Средство контроля, орга- низованное как специаль- ная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчи- танное на выяснение объ- ема знаний обучающегося по дисциплине в целом	Вопросы для эк- замена	Полнота раскрытия темы; Знание основных по- нятий в рамках об- суждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с дру- гими вопросами дис- циплины (модуля); Знание основных ме- тодов изучения определенного во- проса; Знание основных практических про- блем и следствий в рамках обсуждаемо- го вопроса; Наличие представле- ния о перспективных направлениях разра- ботки рассматривае- мого вопроса.

2.2. ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Презентация

Оценка	Дескрипторы			
	Раскрытие про- блемы	Представление	Оформление	Ответы на во- просы
Отлично	Проблема рас- крыта полностью. Проведен анализ проблемы с при- влечением допол- нительной лите- ратуры. Выводы обосно- ваны.	Представляемая информация си- стематизирована, последовательна и логически свя- зана. Использовано бо- лее 5 рофессио- нальных терми- нов.	Структура оформления пре- зентаций по ГО- СТу: в программе Microsoft Power Point Шрифт Arial или Times New Roman, 24 кегль без использования CapsLock. Для выделения- полу- жирный шрифт. При использова- нии диаграмм или	Ответы на вопро- сы полные с при- видением приме- ров и/или поясне- ний.

Оценка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
			графиков рекомендуется объем не больше 10-12 слайдов Отсутствуют ошибки в пред- ставляемой ин- формации.	
Хорошо	Проблема рас- крыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация си- стематизирована и последователь- на. Использовано бо- лее 2 профессио- нальных терми- нов.	Использованы информационные технологии. Не более 2 оши- бок в представля- емой информации	Ответы на вопро- сы полные и/или частично полные
Удовлетвори- тельно	Проблема рас- крыта не полно- стью. Выводы не сдела- ны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирова- на и/или не по- следовательна. Использован 1-2 профессиональ- ный термин.	Использованы информационные технологии ча- стично. 3-4 ошибки в представляемой информации.	Только ответы на элементарные во- просы.
Неудовлетво- рительно	Проблема не рас- крыта. Отсутствуют вы- воды.	Представляемая информация ло- гически не связа- на. Не использованы профессиональ- ные термины.	Не использованы информационные технологии. Больше 4 ошибок в представляемой информации.	Нет ответов на вопросы.

Устный опрос

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы дает правильные, сознательные и уверенные ответы. При выполнении практических заданиях уверенно и самостоятельно использует полученные знания. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного материала. При примене-

Оценка	Описание
	нии знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Рефераты, эссе

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата, эссе достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата, эссе достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата, эссе достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате, эссе не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Практические навыки

Оценка	Описание
Отлично	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
Хорошо	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов
Удовлетворительно	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.
Неудовлетворительно	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено

Тестовые задания для экзамена

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Собеседование по ситуационным задачам для экзамена

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Собеседование по вопросам для экзамена

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не

Оценка	Описание
	делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Тематика рефератов

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9

1 семестр

1. Этика и деонтология в дерматовенерологии. Основные профессиональные обязанности и права врачей- дерматовенерологов.
2. Эмбриогенез кожи и ее придатков.
3. Иммунная система кожи: компоненты врожденного иммунитета в коже и принципы его функционирования.
4. Иммунная система кожи: компоненты приобретённого иммунитета в коже и принципы его функционирования.
5. Рецепторный аппарат кожи: виды кожных рецепторов и их функции. Клинические проявления поражения рецепторного аппарата кожи и методы их лечения.
6. Современные диагностические технологии в дерматовенерологии.
7. Методы оценки функционального состояния кожи (себуметрия, мексаметрия, хроаметрия, корнеометрия и вапометрия, теваметрия, ревискометрия, кутометрия и баллистометрия, рН- метрия).

2 семестр

1. Патомимия. Проблема на стыке двух специальностей. Как заподозрить у пациента патомимию и как правильно лечить.
2. Неадекватное восприятие своей болезни, как проявление дисморфофобии. Диагностика, лечение.
3. Акне – проблема современности.
4. Розацеа- от древних времен до современности.
5. Лишай Жибера: причины, симптомы лечение.
1. Инфекции кожи, возникающие при укусах животных и человека.
2. Заболевания, вызываемые паразитическими простейшими из рода *Leishmania*.
3. Иксодовые клещи: особенности строения, жизненного цикла. Распространенность лесного и таежного клещей на территории РФ, их медицинское значение. Специфическая профилактика клещевого боррелиоза и клещевого энцефалита.
4. Лепра.

3 семестр

1. Парапсориаз.
2. Дерматозы и кожные изменения, ассоциированные с заболеваниями внутренних органов
3. Дерматологические аспекты СПИДа
4. Сифилис у ВИЧ-инфицированных
5. Мягкий шанкр.
6. Венерическая лимфогранулема.
7. Донованоз

4 семестр

1. Диагностика и дифференциальная диагностика лимфом кожи. Т-клеточные лимфомы кожи. В-клеточные лимфомы кожи. Лимфоидные гиперплазии кожи.
2. Эритродермии

3. Дерматомикозы. Этиология. Эпидемиология. Профилактика.
8. Заболевания, вызванные и ассоциированные с *Malassezia spp.*
9. Глубокие микозы.

3.1.2. Тематика презентаций

УК-1; ПК-2; ПК-9

1 семестр

1. Придатки кожи: анатомия и физиология сальных и потовых желез.
2. Придатки кожи: анатомия и физиология волос и ногтей.
3. Меланоциты и меланогенез в коже. Нарушение пигментообразования: общие методы профилактики.
4. Первичные морфологические элементы кожной сыпи.
5. Вторичные морфологические элементы кожной сыпи.
6. Патологические изменения в эпидермисе.
7. Патологические изменения в дерме и гиподерме.
8. Эризипеллоид. Основные принципы диагностики и профилактики.

2 семестр

1. Эпидемиология и профилактика лейшманиоза.
2. Эпидемиология, этиология и профилактика клещевого боррелиоза.
3. Эпидемиология и профилактика различных форм и типов лепры.
4. Симуляционный дерматит, как проявление патомимии.
5. Демодекс, как представитель нормального микробиома кожи.
6. Гранулематозная розацеа. Особенности течения.
7. Розовый лишай.
8. Микозы кожи: классификация, профилактика микозов кожи.
9. Онихомикоз: классификация. Профилактика онихомикозов.

3 семестр

1. Врожденный сифилис. Профилактика.
2. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис.
3. Урогенитальные инфекции у детей. Профилактика.

4 семестр

1. Метастазы в кожу. Паранеопластические дерматозы.

3.1.3. Тематика эссе

1 семестр

Раздел «Основы дерматологии»

УК-1; ПК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9

1. Вопросы организации медико-социальной реабилитации дерматологических и венерических больных. Цели и задачи медицинской и социальной реабилитации.
2. Влияние факторов окружающей среды и производственных факторов на состояние кожного покрова. Профилактические мероприятия, направленные на предотвращение кожных заболеваний.
3. Папула при дерматозах: краткая характеристика заболеваний, проявляющихся папулами.

4. Воспалительное пятно при различных дерматозах: краткая характеристика заболеваний, проявляющихся воспалительными пятнами.
5. Пузырь при дерматозах: краткая характеристика заболеваний, проявляющихся пузырями.
6. Пузырёк при дерматозах: краткая характеристика заболеваний, проявляющихся пузырьками.
7. Бугорок при дерматозах: краткая характеристика заболеваний, проявляющихся бугорками.

2 семестр

8. Как правильно себя вести врачу-дерматовенерологу, если он заподозрил у пациента патомимию.
9. Чем может помочь врач-дерматовенеролог пациенту с дисморфофобией, на примере пациента с эксфолированными акне.
10. Демодекоз. Диагноз или миф?
11. Офтальморозацеа. Чем будем лечить?
12. Периоральный дерматит у пациента с длительным использованием тГКС в анамнезе.
13. Современные аспекты кожного лейшманиоза.
14. Профилактические мероприятия против нападения клещей при посещении леса. Алгоритм действий при укусе клеща.
15. Лепра: современное состояние проблемы. Обзор литературы.
16. Гель-лак и онихомикоз: есть ли связь?
17. Современные методы немедикаментозного лечения микозов стоп.
18. Нужна ли диета при кандидозе?

3 семестр

19. Уреетроокулосиновитальный синдром (Б. Рейтера)
20. Течение дерматозов у ВИЧ-инфицированных.
21. Клинико-серологический контроль после лечения различных форм сифилиса

4 семестр

22. Доброкачественные эпителиальные опухоли кожи.
23. Себорейный кератоз.
24. Доброкачественные опухоли придатков кожи. Кисты.
25. Доброкачественные сосудистые опухоли

3.1.4. Вопросы для устного опроса

1 семестр

ПК-1; ПК-2; ПК-4

1. История развития дерматовенерологии с древних времен до современности. Актуальные проблемы современной дерматовенерологии.
2. Организация оказания специализированной дерматовенерологической медицинской помощи в Российской Федерации.
3. Вопросы медицинской экспертизы кожных и венерических болезней.
4. Правила ведения медицинской документации в дерматовенерологии при поступлении больных.

5. Правила ведения медицинской документации в период нахождения больного в стационаре: заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного (истории болезни).
6. Правила ведения медицинской документации при выписке стационарного больного.
7. Оформление документации при представлении больных на врачебную комиссию для продления нетрудоспособности и т. д.
8. Правила ведения медицинской документации в КВД.

ПК-5

9. Общая характеристика кожного покрова человека.
10. Строение и функции эпидермиса.
11. Строение и функции эпидермо-дермального соединения.
12. Строение и функции дермы и гиподермы.
13. Клеточный состав эпидермиса и дермы.
14. Соединительнотканый компонент дермы.
15. Кровеносная и лимфатическая система кожи.
16. Принципы оценки кожной сыпи и постановки диагноза в дерматовенерологии. Сосудистые кожные реакции. Дермографизм.
17. Клинико-морфологическая характеристика бесполостных первичных элементов кожной сыпи.
18. Клинико-морфологическая характеристика полостных первичных элементов кожной сыпи.

ПК-6; ПК-8

19. Принципы системного лечения пациентов с дерматозами: гормональная терапия. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их минимизация.
20. Принципы системного лечения пациентов с дерматозами: иммуностимулирующая и иммуносупрессивная терапия. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их минимизации.
21. Принципы системного лечения пациентов с дерматозами: антибиотикотерапия, противогрибковая и противовирусная терапия. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их минимизации.
22. Наружная терапия в дерматологии. Основные правила наружной терапии. Принципы выбора лекарственной формы в зависимости от характера воспалительного процесса в коже.
23. Основные формы лекарственных средств, применяемых при остром воспалительном процессе: определение, характеристика, механизм действия, противопоказания, правила применения.
24. Основные формы лекарственных средств, применяемых при подостром воспалительном процессе: определение, характеристика, механизм действия, противопоказания, правила применения.
25. Основные формы лекарственных средств, применяемых при хроническом воспалительном процессе: определение, характеристика, механизм действия, противопоказания, правила применения.
26. Топические глюкокортикостероиды: классификация, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
27. Ингибиторы кальциневрина: механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
28. Топические противогрибковые препараты: классификация, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
29. Физиотерапевтические методы лечения в дерматовенерологии.

30. Фототерапия в дерматологии: виды, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.

Раздел «Неинфекционные дерматозы»

ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8

31. Дерматиты. Этиология. Облигатные и факультативные раздражители. Патогенез, Классификация. Дифференциальный диагноз между простым контактным и аллергическим контактным дерматитом.
32. Простой контактный дерматит. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
33. Аллергический контактный дерматит. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
34. Фотодерматозы. Классификация. Этиология. Патогенез. Минимальная эритемная доза.
35. Фототравматические реакции. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
36. Фотодинамические реакции. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
37. Фотоаллергические реакции. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
38. Симуляционный дерматит. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
39. Токсикодермии. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез.
40. Токсикодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
41. Фиксированная эритема. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
42. Синдром Лайелла. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
43. Синдром Стивенса-Джонсона. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
44. Многоформная экссудативная эритема. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
45. Экзема. Классификация. Отличительные особенности этиопатогенеза, клинических проявлений основных форм экземы: истинной, профессиональной и микробной.
46. Клинические проявления острой, подострой и хронической стадий экземы. Принципы наружной терапии экземы в зависимости от остроты кожного процесса (выбор формы наружных средств). Основные фармакологические группы наружных средств.
47. Основные принципы лечения пациентов с экземой. Какие факторы необходимо учитывать при назначении терапии при экземе. Группы лекарственных средств для системной терапии экземы.
48. Паратравматическая экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
49. Дисгидротическая экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
50. Бляшечная экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
51. Роговая экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
52. Варикозная экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
53. Сравнительная характеристика аллергического контактного дерматита и экземы.
54. Атопический дерматит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие термина "атопический марш".
55. Атопический дерматит. Клинические проявления. Оценка степени тяжести процесса.
56. Атопический дерматит. Диагностика. Лечение. Ведение пациентов в период обострения и в период ремиссии. Профилактика обострений. Реабилитация в санаторно-курортных условиях.
57. Крапивница. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
58. Крапивница. Диагностика. Лечение.

59. Ангионевротический отек Квинке. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лечение.
60. Почесуха. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
61. Лишай Видаля. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
62. Псориаз. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Феномены, составляющие псориазную триаду.
63. Принципы общей и наружной терапии заболевания в зависимости от стадии и формы. Профилактика обострений. Медицинская реабилитация.
64. Вульгарный псориаз. Клинические проявления в зависимости от стадии. Оценка степени тяжести. Лечение.
65. Псориаз кожи волосистой части головы. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
66. Осложненные формы псориаза (эритродермический, пустулезный, артропатический, экссудативный). Клинические проявления. Особенности терапии.
67. Характеристика современных методов лечения псориаза: биологическая терапия.
68. Красный плоский лишай. Этиология. Патогенез. Классификация.
69. Красный плоский лишай с поражением кожи. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
70. Красный плоский лишай с поражением слизистых оболочек. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение.
71. Хейлиты: определение, классификация. Этиопатогенез.
72. Эксфолиативный хейлит: клинические проявления, диагностика, лечение.
73. Гландулярный хейлит: клинические проявления, диагностика, лечение.
74. Лейкоплакия: клинические проявления, диагностика, лечение.
75. Хроническая трещина губы: клинические проявления, диагностика, лечение.
76. Пиодермии. Определение. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация.
77. Диагностика, основные принципы лечения и профилактика пиодермий.
78. Поверхностные стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
79. Глубокие стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
80. Смешанные стрепто-стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
81. Пиодермии. Определение. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация.
82. Диагностика, основные принципы лечения и профилактика пиодермий.
83. Поверхностные стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
84. Глубокие стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
85. Смешанные стрепто-стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
86. Стрептодермии поверхностные. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
87. Глубокие стрептодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
88. Гангренозная пиодермия. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
89. Хроническая диффузная стрептодермия. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
90. Актиномикоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
91. Актиномикоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
92. Чесотка. Особенности строения чесоточного клеща, жизненный цикл чесоточного клеща, его устойчивость во внешней среде, пути передачи чесотки.
93. Чесотка: клиническая картина, основные клинические формы, осложнения чесотки, особенности течения заболевания у взрослых и детей, лабораторная диагностика.
94. Лечение, профилактика и противоэпидемические мероприятия при чесотке.
95. Особенности лечения чесотки у беременных и детей.

96. Педикулез: определение, виды, клинические проявления, осложнения.
97. Педикулез: лечение и профилактика распространения.
98. Основные проявления укусов кожи человека клещами. Особенности строения, жизненного цикла аргасовых и гамазовых клещей, их распространенность, медицинское значение.
99. Блохи: особенности строения, жизненного цикла, медицинское значение. Кожные проявления при укусах блох у человека. Методы борьбы с блохами.
100. Клещ постельный: особенности строения, жизненного цикла, медицинское значение. Кожные проявления при укусах клопов. Методы уничтожения клопов.
101. Понятие о миазах. Проявления поверхностных и глубоких миазов. Насекомые, наиболее часто вызывающие миазы в РФ. Лечение Миазов. Larva migrans: общее понятие о заболевании, кожные проявления, принципы лечения.
102. Дранкулез. Территориальная распространенность дранкулеза. Название и общая характеристика, жизненный цикл гельминта, вызывающего дранкулез. Клинические проявления. Лечение.
103. Зуд купальщиков (церкариоз): общее понятие о заболевании, жизненный цикл церкарий, основные и промежуточные хозяева церкарий, территориальная распространенность церкариоза, кожные проявления у человека. Профилактика и лечение.
104. Вирусные заболевания кожи. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
105. Бородавки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
106. Диагностика, основные принципы лечение, профилактика вирусных заболеваний кожи.
107. Контагиозный моллюск. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
108. Простой пузырьковый лишай. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
109. Опоясывающий лишай. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
110. Герпетиформная экзема Капоши. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

2 семестр

ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8

1. Симуляционный дерматит, как проявление патомимии. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Розовый лишай Жибера. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
3. Розовый лишай Жибера. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Розацеа. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
5. Розацеа. Диагностика. Лечение.
6. Себорея. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
7. Акне. Этиология. Патогенез. Классификация.
8. Акне. Клинические проявления. Оценка степени тяжести.
9. Акне. Лечение.
10. Биологические функции действие ретиноидов. Показания и противопоказания к использованию изотретиноина. Контроль перед началом и во время лечения.
11. Дозы и особенности применения изотретиноина. Взаимодействие ретиноидов с другими лекарственными препаратами.
12. Топические ретиноиды. Показания к применению.
13. Побочные эффекты лечения ретиноидами.
14. Акнеформные дерматозы. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
15. Периоральный дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
16. Периоральный дерматит. Диагностика. Лечение.
17. Демодекоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
18. Демодекоз. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

19. Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
20. Понятие о буллезных дерматозах. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика.
21. Акантолитические пузырьчатки. Этиология. Патогенез. Классификация.
22. Акантолитические пузырьчатки. Диагностика. Лечение.
23. Вульгарная пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
24. Вегетирующая пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
25. Листовидная пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
26. Себорейная пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
27. Доброкачественная хроническая семейная пузырьчатка Гужеро-Хейли-Хейли. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
28. Буллезный пемфигOID Левера. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
29. Рубцующийся пемфигOID. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
30. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
31. Нейтрофильные дерматозы. Синдром Свита. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Нейтрофильные дерматозы. Гангренозная пиодермия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
33. Нейтрофильные дерматозы. Пустулез ладонно-подошвенный. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Нейтрофильные дерматозы. Субкорнеальный пустулез Снеддона-Уилкинсона. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
35. Диффузные болезни соединительной ткани. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина.
36. Диффузные болезни соединительной ткани. Красная волчанка. Диагностика. Лечение.
37. Диагностические критерии системности красной волчанки.
38. Диффузные болезни соединительной ткани. Склеродермия. Этиология. Патогенез. Классификация. Ограниченная склеродермия. Формы. Клиническая картина.
39. Диффузные болезни соединительной ткани. Склеродермия. Диагностика. Лечение.
40. Системная склеродермия. Формы.
41. Диффузные болезни соединительной ткани. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина поражений кожи и внутренних органов.
42. Диффузные болезни соединительной ткани. Дерматомиозит. Диагностика. Лечение.
43. Васкулиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Лечение. Профилактика.
44. Васкулиты дермальные. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
45. Васкулиты дермально-гиподермальные. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
46. Васкулиты гиподермальные. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
47. Ихтиоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
48. Вульгарный ихтиоз. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
49. Ихтиоз рецессивный, Х-сцепленный. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
50. Врожденные ихтиозы. Клиническая картина.
51. Болезнь Дарье. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
52. Красный отрубевидный волосистой лишаи Девержи. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
53. Порокератоз Мебелли. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
54. Ладонно-подошвенные кератодермии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.

55. Ладонно-подошвенные кератодермии. Диагностика. Лечение.
56. Пигментно-пурпурозные дерматозы. Болезнь Шамберга. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
57. Трофические язвы. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
58. Узловатая эритема. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, лечение.
59. Стойкие эритемы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления, диагностика, лечение.
60. Лепра. Этиология. Эпидемиология. Классификация.
61. Лепра. Клинические типы. Клинические проявления.
62. Лепра. Диагностика. Лечение и профилактика лепры.
63. Лейшманиоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
64. Лейшманиоз. Диагностика. Лечение.
65. Боррелиоз. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления.
66. Боррелиоз. Диагностика. Лечение. Специфическая профилактика клещевого боррелиоза.
67. Дерматомикозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
68. Диагностика дерматомикозов.
69. Лечение и профилактика дерматомикозов.
70. Разноцветный лишай. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
71. Себорейный дерматит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
72. Малассезия – фолликулит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
73. Пьедра. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
74. Микроспория. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
75. Трихофития. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
76. Микоз гладкой кожи. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
77. Микоз волосистой части головы. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
78. Критерии излеченности грибковых поражений волосистой части головы и гладкой кожи. Допуск к посещению д/сада, школы. Профилактические мероприятия в парикмахерских, детских коллективах, в сельском хозяйстве
79. Онихомикоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
80. Микоз стоп и кистей. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
81. Фавус. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
82. Паховая эпидермофития. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
83. Руброфития (рубромикоз). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
84. Кандидоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
85. Поверхностный кандидоз околоногтевых валиков, ногтей, кожи и слизистых оболочек. Клиника, диагностика.
86. Висцеральный кандидоз. Клиника, диагностика.
87. Генерализованный хронический (гранулематозный) кандидоз.
88. Лечение и профилактика кандидоза кожи.
89. Плесневые микозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника.

90. Диагностика, лечение, профилактика плесневых микозов.
91. Профессиональные микозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика
92. Споротрихоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика.
93. Хромомикоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика.
94. Эритразма. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика
95. Подкрыльцовый трихонокардиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика.
96. Особенности клиники и диагностики течения микозов у больных с ВИЧ-инфекцией.
97. Меры первичной и вторичной профилактики грибковых заболеваний кожи.
98. Противоэпидемические мероприятия при микроспории.

3 семестр

ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8

1. Парапсориаз мелкобляшечный. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Парапсориаз мелкобляшечный. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
3. Парапсориаз крупнобляшечный. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
4. Острый лихеноидный пситириаз Мухи-Хабермана. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
5. Лихеноидный хронический пситириаз. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
6. Фототерапия при парапсориазе. Виды, показания, противопоказания.
7. Организация медицинской помощи больным с парапсориазом. Диспансерное наблюдение. Реабилитация и профилактика.
8. Дерматозы и кожные изменения, ассоциированные с заболеваниями внутренних органов.

ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5:

9. Хронические дерматозы при ВИЧ-инфекции.
10. Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию. Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции. Санитарно-противоэпидемические мероприятия при ВИЧ-инфекции. Профилактика, гигиеническое воспитание населения.

ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6:

11. Общая патология сифилиса. Возбудитель: морфологические и биологические особенности. Условия и пути заражения сифилисом. Понятие об источнике инфекции и контактах.
12. Методы диагностики сифилиса. Темнопольная микроскопия бледной трепонемы Серологическая лаборатория. Диагностическая интерпретация серологических реакций при сифилисе.
13. Методика обследования больного сифилисом. Сбор анамнеза. Осмотр и описание кожного покрова, слизистых оболочек, области гениталий.
14. Общее течение, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса.
15. Понятия: иммунитет, суперинфекция, реинфекция при сифилисе. Экспериментальный сифилис. Его значение для клинической венерологии.
16. Первичный сифилис. Длительность. Клинические проявления. Диагностика.
17. Первичный сифилис. Лечение. Современные особенности первичного сифилиса.
18. Разновидности твердых шанкров. Атипичные и осложненные твердые шанкры.
19. Клинические особенности твердых шанкров при локализации на губах, слизистой полости рта, складках ануса, и шейки матки др.

20. Сифилис вторичный кожи и слизистых. Общая характеристика. Клинико-лабораторные различия вторичного сифилиса давностью до 4 месяцев (свежего) и более 4 месяцев (рецидивного).
21. Вторичный сифилис кожи и слизистых. Клиническая характеристика пятнистого и папулезного сифилидов. Диагностика. Принципы лечения.
22. Вторичный сифилис кожи и слизистых. Клиническая характеристика пустулезного сифилида, лейкодермы и алопеции. Диагностика. Принципы лечения.
23. Сифилис и беременность. Врожденный сифилис. Классификация. Сифилис плода.
24. Ранний врожденный сифилис. Клинические проявления и течение врожденного сифилиса у детей грудного и раннего детского возраста, диагностика, принципы лечения.
25. Поздний врожденный сифилис. Достоверные, вероятные и дистрофические признаки. Триада Гетчинсона. Поражение кожи, слизистых оболочек, зубов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы.
26. Сифилис у ВИЧ-инфицированных.
27. Этиотропные препараты, используемые в терапии сифилиса, их характеристика.
28. Показания и противопоказания к их применению. Неспецифическая терапия сифилиса.
29. Превентивное, профилактическое и пробное лечение при сифилисе. Показания для назначения.
30. Профилактика сифилиса, в том числе врожденного.
31. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем. Методика обследования больного с урогенитальными заболеваниями. Сбор анамнеза. Осмотр и описание кожного покрова, слизистых оболочек, области гениталий.
32. Методы диагностики ИППП. Методика взятия и приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).
33. Урогенитальный трихомониаз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.
34. Урогенитальный трихомониаз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
35. Хламидиоз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.
36. Хламидиоз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
37. Бактериальный вагиноз. Клинические проявления. Сбор анамнеза. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
38. Урогенитальный кандидоз. Клинические проявления. Сбор анамнеза. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
39. Уреаплазмоз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.
40. Уреаплазмоз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
41. Микоплазмоз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.

45. Микоплазмоз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
46. Папилломавирусная инфекция аногенитальной области. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание аногенитальной области. План обследования и лечения.
47. Профилактика ИППП среди населения. Методы первичной и вторичной профилактики.
48. Тропические трепаноматозы. Распространенность. Пути передачи. Возбудители. Диагностика.
49. Фрамбезия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
50. Донованоз (паховая гранулема). Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
51. Пинта. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
52. Шанкرويد. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
53. Урогенитальные инфекции у детей. Клинические проявления. Диагностика. Профилактика.

4 семестр

ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8

1. Опухоли кожи. Понятие опухоль. Особенности опухолевого роста тканей, теории канцерогенеза, генетические аспекты канцерогенеза, факторы, способствующие канцерогенезу, стадии формирования опухоли, иммунологические особенности онкологических процессов. Классификация. Эпидемиология рака кожи.
2. Доброкачественные эпителиальные опухоли. Классификация доброкачественных эпителиальных опухолей кожи. Частота встречаемости. Этиология и патогенез. Клинико-морфологические особенности наиболее распространенных доброкачественных эпителиальных опухолей кожи (себорейный кератоз, кератоакантома, фиброэпителиальный полип). Дифференциальная диагностика. Тактика ведения и принципы терапии.
3. Предраки. Понятие об облигатном предраке и факультативном предраке кожи. Влияние длительных хронических воспалительных заболеваний кожи на развитие рака.
4. Кератозы (актинический кератоз), кожный рог, лейкоплакии, хронический хейлит, крауроз половых органов. Методы диагностики. Тактика ведения и принципы терапии.
5. Злокачественные эпителиальные опухоли. Морфологическая классификация злокачественных эпителиальных опухолей кожи. Частота встречаемости.
6. Базальноклеточный рак кожи. Особенности гистогенеза базальноклеточного рака и клинических форм, частота встречаемости. Дифференциальная диагностика. Прогноз.
7. Плоскоклеточный рак кожи. Морфологические особенности плоскоклеточного рака кожи. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Прогноз.
8. Внутриэпидермальный рак кожи. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Прогноз.
9. Основные методы радикального лечения, показания к комбинированному лечению. Влияние локализации опухоли, формы ее роста, гистологической структуры, стадии заболевания и общего состояния больного на составление индивидуального плана лечения и прогноз.
10. Доброкачественные меланоцитарные невусы: гистологическая классификация, факторы, влияющие на развитие невуса, клинические формы, приобретенный меланоцитарный невус, диспластический меланоцитарный невус, врожденный меланоцитарный невус, клиника, методы диагностики и тактика ведения больных с меланоцитарными невусами (дерматоскопия, гистология).
11. Меланома кожи. Эпидемиология, этиология и патогенез. Классификация, клиническая картина и диагностика меланом. Дифференциальная диагностика меланом. Метастазы меланомы. Прогностические факторы.

12. Лимфопролиферативные заболевания кожи. Лимфомы. Общие данные о лимфомах кожи, классификация, общая характеристика лимфом, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения лимфом кожи.
13. В-клеточные лимфомы кожи. Классификация. Клинические проявления. Диагностика.
14. Т-клеточные лимфомы кожи. Классификация. Клинические проявления. Диагностика.
15. Крупнобляшечный параспориоз. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
16. Паранеопластические дерматозы. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
17. Саркома Капоши. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
18. Саркоидоз кожи. Саркоидные реакции. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики и лечения.
19. Витилиго. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
20. Кольцевидная гранулема. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
21. Заболевание ногтей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
22. Заболевания волос. Патология стержня волоса. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
23. Телогеновая алопеция. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
24. Андрогенетическая алопеция. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
25. Гнездная алопеция. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
26. Рубцовая алопеция. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
27. Трихотилломания. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
28. Бугорковый сифилид кожи и слизистых оболочек. Его разновидности. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
29. Дифференциальная диагностика.
30. Нейросифилис. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
31. Клинико-серологический контроль после лечения различных форм сифилиса. Дополнительное лечение: показания, методики. Снятие с диспансерного учета.
32. Профилактика сифилиса: первичная и вторичная.

ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6:

33. Гонорея. Эпидемиология. Характеристика возбудителя, классификация гонореи.
34. Диагностика, лечение и профилактика гонореи.
35. Гонорея мужчин. Клиника, диагностика, лечение, осложнения гонореи.
36. Гонорея женщин. Клиника, диагностика, лечение, осложнения гонореи.
37. Гонорея девочек. Клиника, диагностика, лечение, осложнения гонореи.
38. Гонорея и урогенитальный хламидиоз, как причины воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и бесплодия.
39. Генитальный герпес. Этиология, патогенез, классификация.
40. Клинические особенности генитального герпеса
41. Диагностика и лечение генитального герпеса.
42. Профилактика ИППП. Нормативно-методические документы по профилактике инфекций, передаваемых преимущественно половым путем

3.1.5. Ситуационные задачи

1 семестр

Раздел «Основы дерматологии»

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

ЗАДАЧА 1

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 36 лет с жалобами на сильный зуд, жжение и выраженное мокнутие кожи левой кисти.

При осмотре патологический процесс локализуется на коже левой руки от дистальных фаланг пальцев до лучезапястного сустава. Границы поражения четкие, кожа гиперемирована, отечна, имеются полостные элементы с серозным содержимым размером от горошины до вишни, мокнущие эрозии.

Из анамнеза известно, что больная работает лаборантом в химической лаборатории и за несколько часов до обращения пролила на кожу левой кисти реагент.

ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.
3. Укажите форму лекарственного средства, применяемую на данном этапе лечения.
4. Опишите механизм действия выбранной формы лекарственного средства.

ОТВЕТЫ:

1. Патологический процесс носит островоспалительный характер.
2. Патологический процесс нераспространенный, несимметричный, локализован на коже тыльной стороны левой кисти от дистальных фаланг пальцев до лучезапястного сустава. Представлен пузырями диаметром от 3 до 1, 5 мм, заполненными серозным содержимым, расположенными на фоне эритемы. Некоторые пузыри вскрылись с образованием эрозий с ярко-выраженной экссудацией.
3. С учетом характера воспаления и клинической картины, необходимо применять поверхностно-действующие лекарственные формы наружных средств (растворы в виде примочек).
4. Растворы, применяемые в виде примочки, вследствие усиленного испарения влаги и повышения теплопроводности, приводят к охлаждению кожи и сужению кровеносных сосудов. В результате этого снижается образование экссудата, уменьшается мокнутие, отек, гиперемия, жжение и зуд.

ЗАДАЧА 2

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 27 лет с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, сопровождающиеся зудом.

Из анамнеза известно, что с 6-месячного возраста пациент страдает атопическим дерматитом. Настоящее обострение связывает с эмоциональными переживаниями.

При осмотре выявлено: кожа пациента сухая, высыпания располагаются с обеих сторон в локтевых и подколенных сгибах, занимая 2–3% поверхности тела. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются единичные экскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована. В периорбитальной области кожа гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Имеется дополнительная складка нижнего века. Дермографизм белый стойкий.

ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.
3. Укажите форму лекарственного средства, применяемую на данном этапе лечения.
4. Опишите механизм действия выбранной формы лекарственного средства.

ОТВЕТЫ:

5. Патологический процесс носит хронический воспалительный характер.
6. Патологический процесс распространенный, симметричный, локализован на коже локтевых и подколенных сгибов, коже лица. Представлен эритемой и инфильтрацией с нечеткими границами, на фоне которых имеются единичные экскориации. Кожа в области поражения лихенифицирована. Отмечается гиперпигментация кожи век, положительный симптом Денни-Моргана гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Кожа непораженных областей сухая. Дермографизм белый стойкий.
7. С учетом характера воспаления и клинической картины, необходимо применять следующие лекарственные формы наружных средств: мази, компрессы.
8. Жир, входящий в состав лекарственного средства, препятствует испарению и уменьшению теплоотдачи. Снижение теплоотдачи вызывает согревание участка кожи, рефлекторное расширение сосудов, в результате чего усиливаются обменные процессы и происходит разрешение воспалительных инфильтратов.

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 24 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, сопровождающиеся зудом.

Из анамнеза известно, что пациент работает на стройке. Считает себя больным на протяжении 3 лет, когда впервые был установлен диагноз «экзема кистей». Настоящее обострение связывает с контактом с сыпучими строительными материалами.

При осмотре (см. фото) выявлено, что процесс располагается на тыльной поверхности кожи, ладонных и боковых поверхностей пальцев правой кисти. Дермографизм красный, нестойкий.



ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.

ОТВЕТЫ:

9. Поражение кожи хронического воспалительного характера.
10. Патологический процесс ограниченный, носит хронический воспалительный характер, располагается ассиметрично на коже тыла, ладонных и боковых поверхностей пальцев правой кисти. На фоне эритемы имеются многочисленные бляшки с шелушением диаметром от 0,2 до 2 см. Некоторые из них покрыты гнойными и серозными корками. Границы

очагов четкие, округлой формы. Имеются единичные глубокие трещины в области дистальных фаланг пальцев до 0,5 см в длину, точечные экскориации. Отмечается чередование здоровых и пораженных участков. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Наблюдается изменение ногтей правой кисти по типу ониходистрофии. Ногтевые пластины тусклые, имеются борозды и точечные вдавления на ногте III пальца правой кисти. Ногтевая пластина II пальца правой кисти деформирована, имеется вдавление в центре. II ногтевая пластина истончена, отполирована до блеска.

ЗАДАЧА 4

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 38 лет с жалобами на высыпания на коже спины, сопровождающиеся зудом и жжением.

Считает себя больным на протяжении 3 дней, когда после сильного переохлаждения появился дискомфорт в области правой лопатки.

При осмотре (см. фото) выявлено, что процесс располагается на коже спины справа в области лопатки. Дермографизм красный, нестойкий.



ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.

ОТВЕТЫ:

11. Поражение кожи островоспалительного характера.
12. Патологический процесс ограниченный, носит островоспалительный характер, располагается ассиметрично на коже спины в зоне иннервации Th4 – Th6 правой половины грудной клетки. Патологический процесс представлен сгруппированными везикулами, заполненными серозным содержимым, склонных к слиянию. Высыпания располагаются на

фоне гиперемии. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.

ЗАДАЧА 5

Пациентке 47 лет с диагнозом псориаз в КВД по месту жительства было назначено физиотерапевтическое лечение – ПУВА-терапия. У пациентки возникли вопросы, на которые вы должны дать ответы.

ВОПРОСЫ:

1. Что из себя представляет процедура ПУВА-терапии?
2. Каков механизм действия данной процедуры?
3. Есть ли у процедуры побочные эффекты и осложнения?

ОТВЕТЫ:

1. ПУВА –терапия представляет собой метод лечения кожных заболеваний, сочетающий воздействие длинноволнового ультрафиолетового облучения (УФА) с применением фотосенсибилизаторов, повышающих чувствительность кожи к свету.
2. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены- препараты группы натуральных фотокумаринов (метоксален, бергаптен, триоксален), которые выпускают в форме таблеток (капсул) для перорального приема, крема, раствора для наружного применения. В коже псорален под воздействием УФА излучения активируется и взаимодействует с ДНК клетки, ингибируя репликацию ДНК с остановкой клеточного цикла, что вызывает замедление пролиферации кератиноцитов, подавляет иммунные реакции.
3. Головокружение, тошнота, рвота, анорексия; острая фототоксическая реакция; поражение глаз (фотокератит, фотофобия, слезотечение); обострение герпес вирусной инфекции и хронических заболеваний.

ЗАДАЧА 6

Пациентке 23 лет назначена узкополосная UVB-фототерапия с длиной волны 311 нм, с целью репигментации кожи при витилиго.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите противопоказания к процедуре.
2. При каких кожных заболеваниях, кроме витилиго применяется данное лечение?

ОТВЕТЫ:

1. Противопоказания к узкополосной УФВ–терапии: злокачественные новообразования кожи в анамнезе или в настоящее время, диспластические невусы и множественные врожденные пигментные невусы, наличие заболеваний, связанных с повышенной чувствительностью к действию света, беременность и период лактации, заболевания печени и почек, сопровождающиеся выраженной функциональной недостаточностью, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, заболевания щитовидной железы, гемобластозы.
2. Узкополосная УФВ-терапия (с длиной волны 311 нм) показана для лечения различных кожных заболеваний, включая псориаз, атопический дерматит, красный плоский лишай, фотодерматозы, лимфомы, бляшечную склеродермию и ихтиозы. Также она может применяться при экземе, парапсориазе, почесухе, себорейном дерматите и других дерматозах.

Раздел «Неинфекционные дерматозы»

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 55 лет с жалобами на высыпания на коже левой кисти, сопровождающиеся жжением и болезненностью.

Из анамнеза известно, что поражение кожи появилось 4 часа назад, сразу после того, как на кожу брызнула концентрированная кислота. Пациент промыл руки большим количеством воды, принял антигистаминный препарат и таблетку активированного угля.

Анамнез жизни: наследственность неотягощена; аллергические реакции на антибиотики группы пенициллина, витамины гр. В, новокаин; сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, по поводу которого принимает метформин; артериальная гипертензия, принимает капотен; работает в автосервисе, имеет постоянный контакт со смазочными маслами и нефтепродуктами; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс ограниченный, несимметричный, носит острый воспалительный, характер. Локализуется на коже тыльной поверхности левой кисти. Высыпания представлены очагами яркой эритемы с четкими границами, очертания повторяют капли попавшей на кожу жидкости. На фоне эритемы имеются отдельно расположенные пузыри диаметром от 0,2 до 1,5 см с прозрачным содержимым. Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены. Субъективно беспокоит жжение и болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, данных осмотра и анамнеза пациенту можно поставить диагноз простого контактного дерматита. Высыпания появились сразу после контакта с раздражающим веществом, которое относится к группе облигатных раздражителей. Формы высыпаний повторяют контуры попавшей на кожу жидкости, высыпания не распространяются. Высыпания мономорфны, сопровождаются жжением и болезненностью.
2. При ПКД часто достаточно устранить воздействие раздражающего вещества и применения наружных противовоспалительных средств, например, мометазона фуроат крем 0,1%, 1 раз в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель. При появлении зуда можно провести медикаментозную терапию блокаторами H1-гистаминовых рецепторов. В случае присоединения вторичной инфекции добавить антибактериальные препараты местного или системного (при повышении температуры тела) действия.

ЗАДАЧА 8

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 26 лет с жалобами на высыпания на коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Из анамнеза известно, что больна с 1,5 месяцев жизни. Заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями, развивающимися преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи весной во время цветения березы. В это же время возникают отеки век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада, яиц и орехов. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Зуд усиливается при повышенном потоотделении. Настоящее обострение связывает со стрессовыми ситуациями на работе.

В анамнезе хронических заболеваний нет. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, Б1, Р1. Наследственность: у матери и родной сестры бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: аллергия на шоколад, яйца, орехи, пыльцу растений. Не курит, алкоголь не употребляет. Отмечает склонность к гнойничковым высыпаниям.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, распространенный характер. Локализуется симметрично на коже сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей в локтевых и подколенных сгибах, занимая 4–5% площади поверхности тела. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются множественные точечные эскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована. Кожа периорбитальной области гиперпигментирована.

Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Имеется дополнительная складка нижнего века. Дермографизм белый стойкий. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей истончены, отполированы до блеска.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите критерии диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. У данной пациентки можно заподозрить атопический дерматит на основании полученных данных жалоб, анамнеза и осмотра. Обнаружено сочетание основных (кожный зуд, хроническое рецидивирующее течение, лихенификация и расчесы в области сгибов конечностей, наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников) и дополнительных (сухость кожи, гиперлинеарность кожи ладоней и подошв, склонность к кожным инфекциям, рецидивирующие конъюнктивиты, гиперпигментация кожи периорбитальной области, белый дермографизм) критериев, подтверждающее диагноз.
2. Для постановки диагноза «Атопический дерматит» необходимо сочетание основных и дополнительных критериев.
 - основные диагностические критерии (3 или более): кожный зуд; типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей; хроническое рецидивирующее течение; наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников;
 - дополнительные диагностические критерии (3 или более): сухость кожи (ксероз); гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз; повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови; начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет); склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*); локализация кожного процесса на кистях и стопах; экзема сосков; хейлит; рецидивирующие конъюнктивиты; симптом Денни-Моргана (дополнительная складка нижнего века); кератоконус; передняя субкапсулярная катаракта; гиперпигментация кожи периорбитальной области; бледность/эритема лица; себорейная экзема; складки на передней поверхности шеи; зуд при повышенном потоотделении; обострение процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, ирританты, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т. д.); перифолликулярная акцентуация; непереносимость пищи; сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом); белый дермографизм.

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 43 лет с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, сопровождающиеся сильным зудом.

Из анамнеза известно, что первые высыпания появились на коже голеней около месяца назад после перенесенного стресса в связи с бракоразводным процессом. Вскоре высыпания распространились на кожу верхних конечностей.

В анамнезе гипертоническая болезнь 2 стадии, II степени, высокого риска. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, 2 беременности, 1 роды, 1 аборт. Наследственность по кожным болезням неотягощена. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Локализуется на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены розовыми полигональными папулами с сиреневым оттенком с пупковидным вдавлением, при боковом освещении отмечается блеск. После разрешения элементов остается поствоспалительная гиперпигментация.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. Красный плоский лишай, типичная форма. В пользу данного диагноза свидетельствуют характерные для данного заболевания проявления: полигональные папулы с сиреневым оттенком и пупковидным вдавлением, блеск папул при боковом освещении. характерная локализация на разгибательных поверхностях конечностей, зуд. Рекомендовано также проверить симптом сетки Уикхема- на поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок.
2. В качестве системной терапии больной можно назначить ГКС- преднизолон 20-30 мг в сутки перорально в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой.
3. Кроме того, гидроксихлорохин по 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1–2 месяцев (в инструкцию по медицинскому применению гидроксихлорохина красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата). С целью купирования зуда необходимо назначить антигистаминные препараты 1 поколения- мебгидролин 100 мг перорально 2—3 раза в сутки в течение 7—10 дней или клемастин 1 мг перорально или внутримышечно 2—3 раза в сутки в течение 7—10 дней. С учетом стрессовой ситуации в анамнезе, можно рекомендовать назначение гидроксизина по 25—100 мг в сутки перорально в течение 28 дней. В качестве наружной терапии назначают топические глюкокортикостероидные гормоны средней и высокой активности (возможно их чередование), например, бетаметазон (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель, или клобетазол (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—8 недель. Альтернативные препараты для топической терапии – ингибиторы кальциневрина (такролимус мазь 2 раза в сутки в течение 2-х недель).

ЗАДАЧА 10

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 54 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом.

Из анамнеза известно, что первые высыпания появились на коже голеней около полугода назад, постепенно высыпания распространились на кожу туловища и верхние конечности. По назначению дерматолога получала антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды и препарат хлорохин в течение 4 месяцев, практически без положительного эффекта.

В анамнезе гипертоническая болезнь, хронический тонзилит. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, 2 беременности, 2 родов, менопауза с 49 лет. Наследственность по кожным болезням неотягощена. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется в области сгибательных поверхностей лучезапястных суставов, боковых поверхностей туловища, груди, поясницы, на коже голеней и тыла стоп. Высыпания представлены густо расположенными на отдельных участках тела и местами сливающимися пятнами от 1 мм до 2 см в диаметре. Пятна имеют буроватую окраску с фиолетовым оттенком, неправильные очертания, четкие границы. На коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов видны единичные мелкие полигональные папулы плоской формы розовато-красного цвета с сиреневатым оттенком. При боковом освещении отчетливо виден восковидный блеск папул и центральное вдавление на их поверхности. При смачивании поверхности папул маслом можно обнаружить белесоватый сетевидный рисунок. Слизистые оболочки не поражены. Кожные покровы смуглые. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей имеют продольные борозды на поверхности. Ногти стоп без патологических изменений. Лимфатические узлы не увеличены. Субъективно в области высыпаний беспокоит слабый зуд.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. Красный плоский лишай, пигментная форма. В пользу данного диагноза свидетельствуют характерные для данного заболевания типичные проявления: наличие плоских папул диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Положительный симптом сетки Уикхема- на поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок. Кроме того, пигментная форма КПЛ возникает остро, поражает значительную поверхность кожного покрова (туловище, лицо, конечности) и характеризуется множественными бурыми пятнистыми высыпаниями, которые сливаются в диффузные очаги поражения. При этом можно обнаружить как узелки, характерные для типичной формы КПЛ, так и пигментированные элементы.
2. Учитывая незначительный эффект от хинолиновых препаратов в анамнезе, может быть рекомендована терапия ГКС препаратами системного действия- преднизолон 20-30 мг в сутки перорально в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой. В случае неэффективности проводимой терапии больным КПЛ рекомендуются: ацитретин 30 мг в сутки перорально в течение 3–8 недель (в инструкции по медицинскому применению ацитретина красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата).
3. В качестве наружной терапии назначают топические глюкокортикостероидные гормоны средней и высокой активности (возможно их чередование), например: бетаметазон (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель, или клобетазол (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4–8 недель. Альтернативные препараты для топической терапии – ингибиторы кальциневрина (такролимус мазь 2 раза в сутки в течение 2-х недель).

ЗАДАЧА 11

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 24 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом и жжением.

Из анамнеза известно, что первые высыпания появились на коже бедер 2 дня назад. Процесс за несколько часов распространился на кожу туловища, верхних конечностей. Появление высыпаний пациентка ни с чем связать не может. Высыпания самостоятельно регрессируют через сутки, при этом постоянно образуются новые. К врачу пациентка не обращалась, ничем не лечилась.

В анамнезе хронический гастрит. Гинекологический анамнез: менструация с 11 лет, беременности 0. Наследственность: у матери бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: неотягощен. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический процесс носит островоспалительный характер, распространенный, симметричный. Локализуется на коже верхних и нижних конечностей, туловища (преимущественно на животе). Высыпания представлены множественными волдырями, в области бедер сливающимися между собой, бледно-розового цвета. Элементы разрешаются бесследно. Субъективно беспокоит выраженный зуд.

В анализе крови: эозинофилов 17 (норма 0-5)

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, клинической картины и результатов лабораторного исследования крови у пациентки можно заподозрить острую идиопатическую (спонтанную) крапивницу.
2. Острая спонтанная крапивница сопровождается внезапным появлением волдырей продолжительностью менее 6 недель. Клинически проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации и сопровождаются зудом, реже – жжением. Волдыри могут иметь тенденцию к слиянию в местах наибольшего трения одеждой или частей тела друг о друга (ягодицы, поясничная область, плечи, бедра).
3. При острой крапивнице рекомендуется провести медикаментозную терапию блокаторами H1-гистаминовых рецепторов. В случае отсутствия эффекта от терапии блокаторами H1-гистаминовых рецепторов рекомендуется назначение системных глюкокортикостероидных препаратов: дексаметазон 4–16 мг в сутки внутривенно или внутримышечно до наступления выраженного клинического улучшения с дальнейшим переходом на пероральное применение.
4. Для уменьшения зуда и жжения при крапивнице рекомендуется использовать средства наружной терапии: теплые души и ванны, лосьоны, взбалтываемые взвеси с ментолом, анестезином, не содержащие глюкокортикостероидные препараты.
5. Кроме того, рекомендуется назначение элиминационной диеты. При исключении из рациона пищевого аллергена состояние улучшается через 1–2 дня. При исчезновении высыпаний начинают поэтапное введение исключенных или новых продуктов по одному через день, пока не появятся новые высыпания. Неэффективность элиминационной диеты в течение 1 месяца свидетельствует об отсутствии связи крапивницы с пищевыми продуктами и служит показанием к отмене элиминационной диеты.

ЗАДАЧА 12

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 57 лет с жалобами на высыпания на коже верхних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом и мокнутием.

Появление первых высыпаний пациент отметил на коже кистей около 8 лет назад. Самостоятельно применял мази с глюкокортикостероидами с положительным эффектом. Неделю назад, на фоне стресса отметил обострение заболевания. Начал применять тГКС (гидрокортизоновую мазь), но состояние резко ухудшилось, высыпания распространились на кожу предплечий, появилось мокнутие.

В анамнезе сахарный диабет 2 типа. Наследственность: у матери бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: не отягощен. Курит по пачке в день, алкоголь употребляет 2–3 раза в неделю.

Локальный статус: патологический процесс носит воспалительный характер, распространенный, симметричный. Локализуется на коже верхних конечностей. Наблюдается полиморфизм высыпаний. Высыпания представлены множественными многочисленными мелкими везикулезными и папулезными элементами на фоне ярко-красных участков гиперемизированной кожи с четкими границами. На местах вскрывшихся везикул видны многочисленные точечные мокнущие эрозии («серозные колодцы»), покрытые темно-вишневыми и местами желтоватого цвета корками. Субъективно беспокоит зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей имеют желтоватую окраску, тусклые, утолщенные.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, клинической картины у пациента можно заподозрить острую стадию микробной экземы. Острая стадия характеризуется появлением везикул на эритематозной

и отежной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, эксфолиациями, реже – папулами и пустулами. В пользу микробной экземы свидетельствует наличие у больного корок желтоватого цвета. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для экземы типичен полиморфный характер высыпаний.

2. Диагностика экземы основывается на данных анамнеза и клинической картины заболевания. По показаниям, с целью дифференциальной диагностики назначают лабораторные исследования: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза, билирубин и пр.), определение IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом, при вторичном инфицировании – культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам и др. Кроме того, иногда прибегают к гистологическому исследованию биоптатов кожи. По показаниям назначают консультации смежных специалистов.

ЗАДАЧА 13

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 38 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Появление первых высыпаний пациентка отметила на коже III и IV пальцев правой кисти около 10 дней назад через сутки после использования бытовой химии. Обратилась к врачу, где ей был диагностирован простой контактный дерматит и назначена терапия антигистаминными препаратами. Прием препаратов не изменил клинической картины, лишь временно купировал зуд. Высыпания постепенно распространились на кожу тыльной поверхности кисти, появились аналогичные высыпания на левой кисти. Появилось мокнутие.

В анамнезе бронхиальная астма. Наследственность: у матери бронхиальная астма и экзема кистей. Аллергологический анамнез: аллергия на цитрусовые, шоколад. Не курит, алкоголь употребляет 2-3 раза в год. 2 недели назад перенесла сильный стресс в связи с гибелью близкого человека.

Локальный статус: патологический процесс носит островоспалительный характер, распространенный, симметричный. Локализуется на коже верхних конечностей в области кистей. Наблюдается полиморфизм высыпаний. Высыпания представлены множественными многочисленными мелкими везикулезными и папулезными элементами на фоне ярко-красных участков гиперемизированной кожи с нечеткими границами. Участки пораженной кожи чередуются с участками здоровой кожи по типу «архипелага островов». На местах вскрывшихся везикул видны многочисленные точечные мокнущие эрозии. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Согласны ли Вы с установленным диагнозом? Обоснуйте
2. Назначьте лечение, перечислите меры профилактики обострений данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. С учетом жалоб, клинической картины, отягощенного анамнеза, стресса у пациентки можно заподозрить острую экзему. Острая стадия характеризуется появлением везикул на эритематозной и отежной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, эксфолиациями, реже – папулами и пустулами. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для экземы типичен полиморфный характер высыпаний.
2. Лечение экземы следует начинать с ограничения контактов с водой, потенциальными аллергенами и раздражителями. В острой стадии назначают антигистаминные препараты 1 поколения, например, клемастин 1,0 мг перорально 12 раз в сутки или хлоропирамин 25 мг перорально 3-4 р в сутки 10-20 дней, в дальнейшем можно перейти на препараты 2 и 3 по-

коленей, например, лоратадин по 10 мг перорально 1 раз в сутки. С учетом сильного стресса в анамнезе, данной пациентке можно назначить транквилизатор с антигистаминным эффектом, например, гидроксизин по 25 мг перорально, 2-4 раза в сутки. В качестве наружной терапии следует назначить примочки с 1% раствором танина или 2 % раствором борной кислоты 1-2 раза в сутки в течение 4-7 дней и глюкокортикостероидные препараты, например, мометазона фураат крем 0, 1% 1 раз в сутки в течение 2-4 недель. В случае присоединения вторичной инфекции для наружной терапии могут быть использованы кортикостероиды в комбинации с другими средствами или кортикостероиды в комбинации с антибиотиками, например, фузидовая кислота или мупироцин.

3. Для профилактики обострений следует придерживаться охранительного режима: ограничение стрессовых ситуаций, исключение контактов с потенциальными аллергенами и ирритантами, соблюдение гипоаллергенной диеты, профилактическое использование эмо-лентов, нейтральных моющих средств, использование х/б и резиновых перчаток при выполнении работ по дому. Одежда не должна вызывать перегрева, содержать шерстяных и синтетических компонентов.

ЗАДАЧА 14

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 39 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы и верхних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Из анамнеза известно, что болен в течение 9 месяцев, когда впервые отметил выраженное шелушение на коже волосистой части головы. В последующем появились высыпания на локтях и туловище. К врачу не обращался, лечился самостоятельно шампунями «от перхоти».

В анамнезе хронический тонзиллит. Наследственность: у отца псориаз. Аллергологический анамнез: аллергии отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит распространенный характер. Локализуется на коже волосистой части головы, туловища в области крестца, верхних конечностей. Высыпания представлены инфильтрированными бляшками розового цвета с четкими границами с умеренным шелушением диаметром от 2 до 4 см. На поверхности бляшек наблюдаются серебристо-белые чешуйки. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей не изменены, на ногтевой пластине III пальца правой стопы имеется изменение в виде желтовато-буроватого пятна диаметром 1 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. У пациента можно заподозрить вульгарный псориаз. Данное заболевание характеризуется появлением на коже папулезных элементов розово-красного цвета с четкими границами, склонных к слиянию и образованию бляшек различных очертаний и величины, покрытых серебристо-белыми чешуйками. Бляшки располагаются преимущественно на волосистой части головы, разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, в области поясницы, крестца, однако могут локализоваться на любых других участках кожного покрова. Больных может беспокоить зуд различной степени интенсивности. При псориазе очень часто поражаются ногти, при этом можно увидеть небольшие, несколько миллиметров в диаметре, красноватые и желтовато-буроватые пятна (симптом «масляного пятна»).
2. Диагноз псориаза устанавливают на основании жалоб, клинической картины заболевания, анамнеза и выявления симптомов псориатической триады:
 - симптом «стеаринового пятна» - при граттаже высыпаний они становятся интенсивно-белыми, что обусловлено паракератозом и гиперкератозом;

-симптом «терминальной пленки» - при снятии чешуек с псориатических папул появляется блестящая красная поверхность за счет акантоза;

-феномен Ауспитца- при осторожном поскабливании псориатических элементов после феномена «стеаринового пятна», терминальной пленки появляется точечное кровотечение, обусловленное папилломатозом.

Иногда может потребоваться гистологическое исследование биоптата кожи для верификации диагноза.

ЗАДАЧА 15

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 66 лет с жалобами на высыпания на коже на верхних и нижних конечностях, сопровождающиеся интенсивным приступообразным зудом.

Из анамнеза известно, что больна в течение 1, 5 лет, когда впервые стала замечать появление небольших высыпаний цвета нормальной кожи на руках. Состояние сопровождалось выраженным зудом. Возможной причиной считает сильный психоэмоциональный стресс, предшествующий появлению высыпаний. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно антигистаминными препаратами. Положительного эффекта не отмечала.

В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Гинекологический анамнез: менопауза с 52 лет. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез: аллергии отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит распространенный характер. Локализуется симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей. Представлен мономорфными высыпаниями в виде изолированных округлых плотных папул, резко выступающих над уровнем кожи, 1 см и более в диаметре, красно-коричневого цвета с гладкой поверхностью и геморрагическими корочками на некоторых элементах. Субъективно беспокоит умеренный интенсивный приступообразный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей истончены, отполированы до блеска.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите методы лечения данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. В данной ситуации у пациентки можно заподозрить узловатую почесуху позднюю форму. Узловатая почесуха Гайда характеризуется наличием мономорфных высыпаний, представленных изолированными крупными (величиной от 0, 5 до 1 см и более в диаметре) полушаровидными или округлыми плотными папулами и узлами, резко выступающими над уровнем кожи. Поздняя форма встречается преимущественно у женщин в возрасте старше 40 лет.
2. Для лечения данного заболевания можно рекомендовать:
 - антигистаминные препараты II поколения. Они являются медикаментозной терапией первого выбора. При необходимости, если седативный эффект может принести пользу, применяют антигистаминные средства I поколения. Например, лоратадин по 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней или хлоропирамина гидрохлорид по 25 мг перорально 3-4 раза в сутки в течение 5-7 дней.
 - при упорном течении заболевания применяют глюкокортикостероидные препараты системного действия. Например, преднизолон 20-40 мг в сутки перорально в течение 1-2 месяцев с последующей отменой или бетаметазон 1мл 1 раз в 2-3 недели внутримышечно, на курс 3-4 инъекции
 - в наружной терапии используют топические глюкокортистероидные препараты (например, бетаметазона валерат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или

мометазона фуруат в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель). При узловатой почесухе целесообразны внутриочаговые инъекции глюкокортикостероидных препаратов-гидрокортизон, триамцинолон, бетаметазона дипропионат. Кроме того, целесообразно назначить пасты, кремы, мази, содержащие деготь, ихтиол, нафталан (5-10% дегтярная мазь, 2-5% нафталана, 3-5% борно- 5-10% дегтярная мазь, 5% ихтиоловая мазь) на ночь под окклюзионную повязку в течение 3 недель. А также, кремы и мази с противозудными средствами- ментолом, анестезином, димедролом, фенистилом, растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, фулорцин, бриллиантовый зеленый).

- из физиотерапевтического лечения применяется: селективная фототерапия 4-5 раз в неделю на курс 20-30 сеансов или ПУВА-терапия 4 раза в неделю на курс 15-20 сеансов (в тяжелых случаях при распространенных зудящих высыпаниях)

ЗАДАЧА 16

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 26 лет с жалобами на высыпания на коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Из анамнеза известно, что у пациентки atopический дерматит, больна с 1, 5 месяцев жизни. Заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями, развивающимися преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи весной во время цветения березы. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада, яиц и орехов. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Зуд усиливается при повышенном потоотделении. Настоящее обострение связывает со стрессовыми ситуациями на работе.

В анамнезе хронических заболеваний нет. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, Б1, Р1. Наследственность: у матери и родной сестры бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: аллергия на шоколад, яйца, орехи, пыльцу растений. Не курит, алкоголь не употребляет. Отмечает склонность к гнойничковым высыпаниям.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, распространенный характер. Локализуется симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей в локтевых и подколенных сгибах, занимая 4–5% площади поверхности тела. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются множественные точечные экскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована. Кожа периорбитальной области гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Имеется дополнительная складка нижнего века. Дермографизм белый стойкий. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей истончены, отполированы до блеска.

ВОПРОСЫ:

1. Какое лечение используется при atopическом дерматите.
2. Перечислите методы профилактики обострений данного заболевания и реабилитационные мероприятия.

ОТВЕТЫ:

1. Принципиально важным при лечении больных является устранение триггерных факторов (психоэмоциональные нагрузки, клещи домашней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, нарушение правил ухода за кожей, нерациональное использование синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением рН, табачный дым и др.). При сборе анамнеза, анализе особенностей клинических проявлений заболевания и данных обследования оценивается значимость тех или иных факторов для

конкретного пациента и проводятся элиминационные мероприятия. Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

2. Всем больным atopическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базового ухода за кожей.
3. При ограниченном поражении кожи, при легком и среднетяжелом течении, при обострениях болезни назначается преимущественно наружная терапия: глюкокортикостероидные препараты для наружного применения сильной или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина, не исключая базовую терапию. Количество топического препарата для наружного применения измеряется согласно правилу «длины кончика пальца» (FTU, Finger Tip Unit), при этом одна FTU соответствует столбику мази диаметром 5 мм и длиной, равной дистальной фаланге указательного пальца, что соответствует массе около 0,5 г. Этой дозы топического средства достаточно для нанесения на кожу двух ладоней взрослого человека, что составляет около 2% всей площади поверхности тела. При среднетяжелом течении atopического дерматита в период обострения дополнительно могут назначаться фототерапия и (по показаниям) детоксикационные средства.
4. Терапия больных с тяжелым течением atopического дерматита включает помимо наружных средств системную медикаментозную терапию или фототерапию. В качестве системного лечения могут назначаться циклоспорины/или системные глюкокортикостероидные препараты коротким курсом. Базовую наружную терапию продолжают вне зависимости от выбранного метода лечения.
5. После купирования обострения топические глюкокортикостероидные препараты (тГКС) и блокаторы кальциневрина отменяются и больной продолжает использовать только базовую терапию.
6. Больным с atopическим дерматитом с целью профилактики обострений рекомендован постоянный базовый уход за кожей, который включает в себя применение эмоленгов-смягчающих средств. Кроме того, рекомендуется использовать моющие средства с неагрессивными ПАВами, при выраженной сухости кожных покровов заменить гель для душа на масло для душа;
7. Кроме того, принципиально важным является устранение триггерных факторов (психоэмоциональные нагрузки, клещи домашней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, нарушение правил режима ухода за кожей и др). Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

ЗАДАЧА 17

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 27 лет с жалобами на высыпания в области лица (бороды и усов), сопровождающиеся легким зудом. Кроме того, предъявляет жалобы на общую слабость и повышение температуры тела до 37,5°С.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 9 месяцев, когда впервые отметил появление высыпаний в области усов после бритья. Постепенно высыпания распространились на область бороды, появилась слабость. Два дня назад повысилась температура. Самостоятельно лечился наружными антибактериальными средствами, без эффекта, к врачам не обращался.

В анамнезе хронический тонзиллит. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Питается полуфабрикатами и фаст-фудом.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, ограниченный характер. Локализуется на коже лица в области бороды и усов. Высыпания представлены остроконечными желтовато-белыми пустулами размером с булавочную головку, про-

низанную волосом, и воспалительными узелками ярко-красного цвета. Местами визуализируются желтоватые корочки, единичные эрозии. Дермографизм красный, стойкий. Субъективно – легкий зуд. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп без изменений.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, данных осмотра и анамнеза пациенту можно поставить диагноз простой сикоз. В пользу данного заболевания говорит характерная локализация (на коже лица в области бороды и усов), характерные элементы (остроконечные желтовато-белые пустулы размером с булавочную головку, пронизанную волосом, и воспалительными узелками ярко-красного цвета, желтоватые корочки, эрозии), зуд, характерное общее состояние (субфебрилитет).
2. При вульгарном сикозе рекомендуется применение топических антисептиков, анилиновых красителей, антибактериальных препаратов наружного действия. Например, хлоргексидин спиртовой раствор 0, 5%, водный раствор 0, 05-1% наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней; фузидовая кислота крем или мазь 2% наружно на область высыпаний 3-4 раза в сутки в течение 7-14 дней или мупироцин мазь 2% наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней. При наличии общих явлений (субфебрильная лихорадка) показано назначение системных антибактериальных препаратов с учетом результата посева содержимого пустул. Например, амоксициллин тригидрат + клавулановая кислота: по 1 таблетке (250 + 125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (500 + 125 мг) 2 раза в сутки перорально. Курс лечения 7-10 дней. Режим больного пиодермией предполагает рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его. При длительно текущих инфекционно-воспалительных процессах определенное внимание должно быть уделено диете: питание должно быть полноценным, богатым витаминами, резко ограничивают количество соли и углеводов, полностью исключается алкоголь.
3. Профилактические мероприятия: своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей, особенно после бритья; провести санацию очагов хронической инфекции, в данном случае обратиться к ЛОРу по поводу хронического тонзиллита.

ЗАДАЧА 18

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 43 лет с жалобами на высыпания на коже в подмышечных областях, сопровождающиеся болезненностью.

Из анамнеза известно, что впервые аналогичные высыпания появились 3 года назад размером с «грецкий орех» на коже в подмышечной области справа, сопровождались болезненностью, часть из них самостоятельно вскрылись с выделением большого количества гноя. Часть вскрывались хирургическим путем в поликлинике, назначили антибиотикотерапию и 3 года пациента ничего не беспокоило. Последние высыпания появились около месяца назад после перенесенной пневмонии. Самостоятельно лечился наружными антибактериальными мазями без эффекта.

В анамнезе хронический тонзиллит. Хронический фурункулез. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергии отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Питается полуфабрикатами.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит воспалительный, ограниченный характер. Локализуется на коже подмышечных впадин. Представлен глубокими абсцедирующими узлами синюшно-багрового цвета, спаивающимися между собой и окружающими тканями, образуя крупные воспалительные инфильтраты, на поверхности которых формируются множе-

ственные фистулы и свищи с обильным гнойным отделяемым; а также гипертрофическими рубцами. Субъективно беспокоит болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. К какой группе дерматозов относится данное заболевание.
2. Перечислите основные принципы терапии данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить гидраденит. Данное заболевание относится к пиодермиям (глубоким стафилодермиям) и связано с воспалением апокринных потовых желез.
2. Рекомендуются при глубоких, хронических, рецидивирующих пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии назначение одного из следующих антибактериальных препаратов системного действия: амоксициллин + клавулановая кислота перорально: по 1 таблетке (250+125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (500+125 мг) 2 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней. Или цефалексин-250- 500 мг перорально 4 раза в сутки. Курс лечения 7-14 дней. Или азитромицин- 500 мг перорально 1 раз в сутки течение 3 дней.
3. При пиодермиях, сопровождающихся язвенными дефектами кожи, рекомендуется удаление и выскабливание отдельных очагов поражения, рассечение и коагуляция свищевых ходов. Решение о проведении хирургического лечения принимается врачом-хирургом.

ЗАДАЧА 19

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 33 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, стоп и туловища, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

Из анамнеза известно, что первые аналогичные высыпания появились около 1. 5 месяцев назад на коже кистей после возвращения из командировки. Через некоторое время высыпания появились на коже туловища и тыла стоп, зуд усилился до мучительного, нарушающего ночной сон. Самостоятельно не лечился.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с женой и дочерью 2 лет. У них тоже аналогичная симптоматика.

Локальный статус: поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализируются на коже межпальцевых промежутков и тыла кистей, на коже живота и переднебоковых поверхностей туловища, а также в области тыла стоп. Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными сгруппированными на отдельных участках тела, но не сливающимися мелкими красно-розовыми фолликулярными папулами, не воспалительными везикулами, пустулами, а также многочисленными точечными и линейными экскориациями, покрытыми геморрагическими корочками. Помимо указанных высыпаний на коже кистей присутствуют многочисленные рыхлые толстые коричневато-желтые корки, в местах отслоения которых видны обнажившиеся бледно-розового цвета эрозии от 0, 3 до 1, 5 см в диаметре, окруженные обрывками отслоившегося эпидермиса. Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить чесотку, осложненную вторичной инфекцией. На это указывают следующие данные: фолликулярные папулами

на туловище и конечностях, невоспалительные везикулами вблизи ходов, расчесы и геморрагические корочки, диссеминированные по всему кожному покрову. Усиление зуда в вечернее и ночное время. Связь заболевания с командировкой. Наличие аналогичной симптоматики у ближайших родственников, проживающих вместе с пациентом. Наличие многочисленных рыхлых толстых коричневато-желтые корок говорит о присоединившейся вторичной инфекции.

2. Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя. Применяют следующие методы для обнаружения клеща: метод прокрашивания применяют для верификации чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями;
3. -соскоб в минеральном масле. Небольшую каплю минерального (парафинового, вазелинового) масла наносят на чесоточный элемент и производят его соскоб. Материал с 5-6 чесоточных элементов вместе с остатками масла переносят на предметное стекло, накрывают покровным стеклом и микроскопируют при малом увеличении;
4. - Метод извлечения клеща иглой- быстрый и эффективный, если врач обладает хорошим зрением и достаточным навыком обнаружения хода. С этой целью используют стерильные одноразовые инъекционные иглы. Иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного возвышения, где находится самка чесоточного клеща. Острием иглы подрезают крышу хода вокруг клеща, продвигаются по направлению хода и извлекают самку, которая своими присосками прикрепляется к игле. Затем клеща помещают на предметное стекло и микроскопируют под малым увеличением микроскопа. Этот метод мало пригоден для обнаружения клещей в старых разрушенных ходах, папулах и везикулах, а также после обработки больного любым противочесоточным препаратом;
5. - дерматоскопия. При дерматоскопии отмечают эрозию, воспаление и мелкий пигментный треугольник в верхней части хода- соответствующий ротовому аппарату и передним конечностям паразита. В зависимости от положения клеща треугольник визуализируется либо полностью (вентральная проекция), либо частично (дорзальная проекция);
6. Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате при микроскопии обнаруживаются самка, самец, личинка, нимфы, яйца, опустевшие яйцевые оболочки.

ЗАДАЧА 20

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 33 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, стоп и туловища, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

Из анамнеза известно, что первые аналогичные высыпания появились около 1. 5 месяцев назад на коже кистей после возвращения из командировки. Через некоторое время высыпания появились на коже туловища и тыла стоп, зуд усилился до мучительного, нарушающего ночной сон. Самостоятельно не лечился.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с женой и дочерью 2 лет. У них тоже аналогичная симптоматика. В гости к ним приехала бабушка, у которой нет симптомов заболевания. Бабушка спит в одной постели с внучкой.

Локальный статус: поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализируются на коже межпальцевых промежутков и тыла кистей, на коже живота и переднебоковых поверхностей туловища, а также в области тыла стоп. Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными сгруппированными на отдельных участках тела, но не сливающимися мелкими красно-розовыми фолликулярными папулами, не воспалительными везикулами, пустулами, а также многочисленными точечными и линейными экскориациями, покрытыми геморрагическими корочками. Помимо указанных высыпаний на коже кистей присутствуют многочисленные рыхлые толстые коричневато-желтые корки, в местах отслоения которых видны об-

нажившиеся бледно-розового цвета эрозии от 0, 3 до 1, 5 см в диаметре, окруженные обрывками отслоившегося эпидермиса. Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время.

При проведении микроскопического исследования у пациента и его членов семьи (супруги и дочери) обнаружен чесоточный клещ. Выставлен диагноз чесотки. У мужчины чесотка, осложненная вторичной инфекцией.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение пациенту.
2. Назначьте лечение членам семьи.

ОТВЕТЫ:

1. У пациента чесотка, осложненная вторичной инфекцией. Лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией рекомендуется начинать с втирания скабицида, например, эмульсии или мази бензилбензоата 20% для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов. Нанесение скабицида производят преимущественно в вечернее время для повышения эффективности терапии, что связано с ночной активностью возбудителя, голыми руками, особенно тщательно препараты втирают в кожу ладоней и подошв, если после нанесения препарата возникла необходимость вымыть руки, то их необходимо повторно обработать скабицидом. Перед началом лечения больному рекомендуется вымыться с мылом. Эмульсия перед употреблением взбалтывается. Препараты наносят на кожу двукратно – в 1-й и 4-й дни лечения. После 12-часовой экспозиции на коже препарат можно смыть. Смену нательного и постельного белья проводят на 5-ый день. При нанесении на кожу нередко возникает жжение, которое проходит через несколько минут, о чем следует предупредить больного. Следует избегать попадания бензилбензоата на слизистые оболочки. Параллельно с этим, пациенту следует назначить лечение пиодермии, например, антибактериальные мази или анилиновые красители.
2. Лечение членов семьи. С учетом того, что у супруги чесотка не осложненная, то ее лечение будет включать выше перечисленные мероприятия, кроме использования антибактериальных мазей и анилиновых красителей.
3. С учетом возраста ребенка (2 года), бензилбензоат назначать нельзя. Рекомендовано использовать Перметрин 5% концентрат эмульсии в этаноле. Водная 0, 4% эмульсия готовится ex tempore путем разбавления 8 мл 5% концентрата эмульсии перметрина водой комнатной температуры до объема 100 мл. Втирание препарата проводится 1 раз в день на ночь 3 дня подряд или в 1-ый и 4-ый дни курса.
4. Для бабушки, несмотря на отсутствие заболевания, но с учетом тесного телесного контакта, необходимо провести профилактическое лечение. Для этих целей рекомендовано использовать 20% эмульсию или мазь бензилбензоата.

ЗАДАЧА 21

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 30 лет с жалобами на зуд на коже кистей, стоп и туловища.

Из анамнеза известно, что две недели назад она и члены ее семьи проходили специфическое лечение от чесотки, подтвержденной микроскопическим исследованием. При этом, у мужа и дочери после лечения симптоматика пропала. Она же продолжает испытывать зуд.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с мужем и дочерью 2 лет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания представлены лентикулярными папулами, локализуется на туловище (ягодицы, жи-

вот, подмышечная область), молочных железах, локтях. Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд.

При проведении микроскопического исследования у пациентки не обнаружен чесоточный клещ.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз пациентке.
2. Назначьте лечение и перечислите основные противоэпидемические мероприятия при чесотке.

ОТВЕТЫ:

1. На основании представленных данных у пациентки можно заподозрить скабиозную лимфопазию.
2. Лечение включает в себя назначение топических кортикостероидных препаратов под окклюзионную повязку: метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона бутират, мометазона фуроат и др. Можно использовать фоно- или фотофорез с данными препаратами, за исключением случаев, когда сыпь локализуется на половых органах. Также применяют поверхностную криодеструкцию очагов с последующим нанесением топических комбинированных глюкокортикостероидных препаратов.
3. Комплекс противоэпидемических мероприятий:
 - Проведение полноценного лечения каждого выявленного больного с учетом показаний для госпитализации. Дети дошкольного и школьного возраста на время проведения лечения отстраняются от посещения организованных коллективов. Они могут быть допущены только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей справкой от врача.
 - Определение круга контактных лиц, включая контакты в организованных коллективах (спортивные секции, учреждения дополнительного образования и т. д.).
 - Осуществление медицинского наблюдения за контактными лицами: в организациях, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр кожных покровов осуществляется трижды с интервалом в 10 дней.
 - Организация дезинфекции в очагах: при обнаружении чесотки у детей, посещающих дошкольные образовательные и общеобразовательные организации, у одиноких, престарелых, инвалидов, лиц, проживающих в общежитиях, членов многодетных семей, мигрантов, лиц без определенного места жительства заключительная дезинфекция (дезинсекция) проводится специализированными организациями, имеющими лицензию по дезинфектологии, по заявкам медицинских работников ЛПУ, организаций и лиц, в том числе с камерной обработкой нательного и постельного белья, постельных принадлежностей.
 - Обследование семейного очага и организованного инвазионно-контактного коллектива проводится при выявлении первого больного и через две недели после завершения терапии последнего выявленного больного чесоткой при условии, что были своевременно осмотрены все члены очага, и в соответствии с показаниями проведено профилактическое лечение контактным лицам. В организованных коллективах, где профилактическое лечение контактным лицам не проводилось, осмотр осуществляется трижды с интервалом 10 дней.
 - Проведение текущей дезинсекции в очагах. Текущая дезинсекция направлена на уничтожение клещей на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены больного. Методику проведения текущей дезинфекции объясняет лечащий врач, а проводит ее сам больной или ухаживающий за ним член семьи. У каждого пациента обязательно должны быть отдельная кровать, постельные принадлежности и предметы индивидуального пользования (полотенце, мочалка, тапочки, халат).

- Обеззараживание постельных принадлежностей, нательного белья, полотенец осуществляется путем стирки при температуре 70–90°С, либо замачиванием на час в хлорсодержащих растворах. Верхнюю одежду обеззараживают, проглаживая вещи с обеих сторон горячим утюгом, обращая особое внимание на карманы. Для дезинсекции текстильных изделий, обуви, детских игрушек используются препараты на основе перметрина и малатиона. Часть вещей, не подлежащих термической обработке, может быть вывешена на открытый воздух на 3 дня. Для дезинфекции ряда вещей (детские игрушки, обувь, одежда) можно применять способ временного исключения из пользования, для чего их помещают на 3 дня в герметически завязанные полиэтиленовые пакеты.
- При массовых вспышках чесотки в организованных коллективах, при наличии нескольких больных в семейных очагах, при поступлении больных чесоткой в стационар в приемном отделении проводится дезинсекция помещения.
- В стационарах и скабиозориях матрасы, подушки, постельное и нательное белье, одежду поступающих больных подвергают обработке в дезинфекционной камере. Таким же способом обрабатывают после выписки из стационара постельные принадлежности, которыми пользовались больные чесоткой.
- Особое значение дезинсекционные мероприятия имеют при выявлении больных скабиозной эритродермией и норвежской чесоткой. Вокруг таких больных нередко возникают микроэпидемии. В связи с этим профилактическое лечение должно быть проведено медицинскому персоналу, ухаживающим лицам, соседям по палате. Таких больных изолируют в отдельной палате, где ежедневно проводят текущую, а при выписке – камерную дезинсекцию.
- В «надзорных палатах» психиатрических больниц при выявлении больного чесоткой профилактическое лечение проводится всем больным, находящимся в одной палате. При наличии зудящего дерматоза у пациента, поступающего в стационар психиатрической больницы, необходима консультация дерматолога и профилактическая обработка скабицидом в приемном отделении. При неблагоприятной эпидемической ситуации в целях предотвращения заноса и распространения чесотки в больших организованных коллективах (армия, флот, тюрьмы) профилактической обработке скабицидами подлежат все вновь прибывающие в карантинную зону. Для этой цели подходят препараты в жидкой форме (перметрин).

ЗАДАЧА 22

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 38 лет с жалобами на высыпания на коже спины, сопровождающиеся зудом и жжением.

Считает себя больным на протяжении 3 дней, когда после сильного переохлаждения появился дискомфорт в области правой лопатки.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с женой и дочерью 5 лет.

Локальный статус: Поражение кожи островоспалительного характера. Патологический процесс ограниченный, располагается ассиметрично на коже спины в зоне иннервации Th4 – Th6 правой половины грудной клетки. Патологический процесс представлен сгруппированными везикулами, заполненными серозным содержимым, склонных к слиянию. Высыпания располагаются на фоне гиперемии. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, нестойкий. Волосы и ногти не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить опоясывающий герпес. Процесс ограничивается одной половиной грудной клетки, располагается по ходу межреберных нервов, представлен сгруппированными везикулами, склонными к слиянию. Субъективно беспокоит жжение и зуд.

2. Необходимо назначить противовирусные препараты. Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно в первые 72 часа развития клинических проявлений заболевания: фамцикловир 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или валацикловир 1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней. При появлении болевых ощущений возможно назначение нестероидных противовоспалительных средств. Для оказания местного противовоспалительного действия и предупреждения бактериальной суперинфекции назначаются спиртовые 1-2% растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукоцин.

При наличии буллезных высыпаний пузыри вскрывают (надрез стерильными ножницами) и тушируют анилиновыми красителями или антисептическими растворами (0, 5% р-р хлоргексидина биглюконата и др.).

2 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

ЗАДАЧА 1

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 64 лет с жалобами на язвенный дефект, отечность и выраженную гиперемию кожи в области правого голеностопного сустава, сопровождающиеся болью и повышением общей температуры до 37,9 °С.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые на фоне хронической венозной недостаточности нижних конечностей, отметила появление язвенного дефекта на коже правого голеностопного сустава. В связи с этим обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, где был поставлен диагноз: «Варикозная экзема». Проведенное лечение помогло, привело к заживлению язвенного дефекта, уменьшению отечности и гиперемии. Ежегодно больная находилась на стационарном лечении, где назначалась следующая терапия: сосудистые препараты, витаминотерапия, наружно комбинированные препараты с положительным эффектом. Настоящее обострение – месяц назад. Обратилась в клинику для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: ЖКБ, гипертоническая болезнь; гинекологический анамнез: Б-3, В-2, Р-1, менструация с 12 лет, 5-7 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализируются на коже правого голеностопного сустава и представлены язвенным дефектом размером 5*4. 5 см, 2*1. 5 см, неправильных округлых очертаний с резкими границами, ровными краями, поверхность язвы заполнена гнойным отделяемым. Кожа вокруг язв застойно-красного цвета, инфильтрирована. Субъективно: беспокоит болезненность в области очага поражения. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей не изменены, ногтевые пластины стоп тусклые, желтоватого оттенка, деформированные. Субъективные ощущения в виде зуда.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. Клинические данные высыпания характерны для язвенно-некротического ангиита: Высыпания локализируются на коже правого голеностопного сустава и представлены язвенным дефектом размером 5*4. 5 см, 2*1. 5 см, неправильных округлых очертаний с резкими границами, ровными краями, поверхность язвы заполнена гнойным отделяемым. Кожа

вокруг язв застойно-красного цвета, инфильтрирована. Субъективно: беспокоит болезненность в области очага поражения.

2. Пациентке необходимо проводить лечение в условиях терапевтического стационара поскольку наблюдается аутоиммунный процесс, требующий назначения системной терапии. При язвенно-некротическом ангиите дозировка и длительность применения системных глюкокортикостероидов должна составлять 30-50 мг/сут в течение 2-3 недель

ЗАДАЧА 2

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на высыпания в области средней трети лица (щёки, скулы и крылья носа), сопровождающиеся умеренным зудом, общую слабость, недомогание, болезненность в мышцах.

Первые единичные высыпания на коже лица появились 7 месяцев назад, после отпуска на море. Отмечает, что площадь, занимаемая высыпаниями, постепенно увеличивается.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гастрит хронический; гинекологический анамнез: Б-1, Р-1, менструация с 12 лет, 5-7 дней; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи хронического воспалительного характера. Высыпания локализуются на коже щек, скул, крыльев носа в виде гиперемизированных, инфильтрированных пятен с гиперкератотическими чешуйками на поверхности. При поскабливании шпателем чешуек в очагах поражения ощущается болезненность. На обратной стороне снятой чешуйки обнаруживаются роговые шипики, погруженные в расширенные устья волосяных фолликулов. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Субъективные ощущения отсутствуют.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании предоставленных данных у пациентки можно заподозрить дискоидную красную волчанку. В пользу данного диагноза свидетельствуют следующие данные анамнеза и осмотра: связь высыпаний с инсоляцией, высыпания локализуются на коже щек, скул, крыльев носа в виде гиперемизированных, инфильтрированных пятен с гиперкератотическими чешуйками на поверхности. При поскабливании шпателем чешуек в очагах поражения ощущается болезненность. На обратной стороне снятой чешуйки обнаруживаются роговые шипики, погруженные в расширенные устья волосяных фолликулов – положительный симптом Бенъе-Мещерского.
2. Пациентке необходимо проводить лечение системными антималярийными препаратами и глюкокортикостероидными препаратами для наружного применения.
3. Гидроксихлорохин сульфат является предпочтительным в виду лучшей переносимости. Гидроксихлорохин 5-6 мг на кг массы тела в сутки перорально (или 2 таблетки по 200 мг для взрослого среднего веса). После достижения клинического ответа дозировка гидроксихлорохина может быть постепенно уменьшена до 200 мг в сутки с продолжением терапии в течение не менее 2-3 месяцев. Прием препарата может продолжаться до 2-3 лет. Прекращение приема поддерживающих доз в 2, 5 раза увеличивает риск рецидива. Из-за возможного развития ретинопатии при приеме антималярийных препаратов перед началом приема препарата и не реже 1 раза в 6 месяцев проводится офтальмологическое обследование, включая осмотр глазного дна. Проводится регулярный контроль лабораторных показателей. При наличии резистентности к антималярийным препаратам используются резервные препараты: дапсон, ретиноиды или метотрексат. Препаратами второй линии для системной терапии являются ретиноиды. Лечение следует начинать с более низ-

ких доз (10-20 мг в сутки) и постепенно их увеличивать, ориентируясь на переносимость и отсутствие побочных эффектов: ацитретин 50 мг в сутки перорально в течение 8 недель или ацитретин 0, 2-1, 0 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 8 недель, или изотретиноин 0, 2-1, 0 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 8 недель.

4. При локализации поражения кожи на лице рекомендуется использовать топические глюкокортикостероидные препараты слабой или средней активности, например, флуоцинолона ацетонид крем, гель, мазь, линимент 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель. Препаратами второй линии, назначаемыми при отсутствии эффективности топических глюкокортикостероидных препаратов, являются топические ингибиторы кальциневрина: такролимус мазь 0, 1% 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 4-8 недель или пимекролимус крем 1% 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 4-8 недель.
5. Всем больным в качестве профилактики распространения заболевания рекомендуются меры по защите кожи от солнечных лучей: ношение головных уборов, одежды с длинными рукавами, с закрытым декольте, брюк и длинных юбок, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (>50).

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 52 лет с жалобами на высыпание в области живота, сопровождающиеся легким чувством стянутости кожи и слабо выраженным зудом.

Считает себя больной около 2 месяцев, когда после перенесенного инфекционного заболевания появилось пятно на коже живота.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; гинекологический анамнез: Б-1, Р-1, менструация с 12 лет, 5-7 дней, менопауза с 48 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит ограниченный, несимметричный характер. Высыпание локализуется на коже правого верхнего квадранта брюшной стенки. Представлено в виде пятна округлой формы розовато-сиреневого цвета диаметром 4 см, окруженного лиловым венчиком. В месте поражения кожа плохо собирается в складку, потоотделение уменьшено, нарушен рост волос. Кожа вне очага поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Субъективные ощущения в виде стянутости кожи и слабо выраженного зуда.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение и перечислите методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить бляшечную склеродермию. Бляшечная склеродермия характеризуется появлением на голове, туловище или конечностях очагов эритемы и/или уплотнения кожи круглой или овальной формы с типичной клинической картиной. Лиловый венчик по периферии очага свидетельствует об активности процесса.
2. Гиалуронидаза 32-64 УЕ 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно или через день, на курс 15-20 инъекций или 64 УЕ- введение в очаг склеродермии 1 раз в 3 дня, на курс 7-10 процедур. Бензилпенициллин 300000–500000 ЕД 3–4 раза в сутки или 1 млн ЕД 2 раза в сутки внутримышечно, на курс 15–40 млн ЕД. Проводят 2–3 курса терапии с интервалом 1, 5–4 месяца. Вазоактивные препараты (Пентоксифиллин 100–200 мг перорально 3 раза в сутки

или 400 мг перорально 1–2 раза в сутки в течение 4–6 недель). Наружно: Мометазон крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций или окклюзионных повязок. При назначении топических глюкокортикостероидных препаратов в виде аппликаций курс лечения составляет 4–12 недель, в виде окклюзионных повязок – 2–3 недели.

3. Немедикаментозная терапия: Ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона (УФА-1 терапия, длина волны 340–400 нм). УФА-1 терапия – один из эффективных методов лечения бляшечной склеродермии при неглубоком поражении кожи и подлежащих тканей. Облучения УФА-1 светом начинают с дозы 5–20 Дж/см², последующие разовые дозы повышают на 5–15 Дж/см² до максимальной разовой дозы 20–60 Дж/см². Процедуры проводят с режимом 3–5 раз в неделю, курс составляет 20–60 процедур. Лазерное излучение красного диапазона (длина волны 0,63–0,65 мкм) проводят по дистанционной стабильной методике, расфокусированным лучом с плотностью мощности 3–5 мВт/см² и экспозицией 5–8 минут на поле. За процедуру облучают не более 4–5 полей при общей продолжительности воздействий не более 30 минут. Лазерное излучение инфракрасного диапазона (длина волны 0,89 мкм) проводят в непрерывном или импульсном (80–150 Гц) режиме по дистанционной или контактной, стабильной или лабильной методике. Воздействия осуществляют по полям: при непрерывном режиме мощность излучения составляет не более 15 мВт, экспозиция на одно поле 2–5 мин, продолжительность процедуры – не более 30 минут. При импульсном режиме мощность излучения составляет 5–7 Вт/имп, экспозиция 1–3 минуты на поле, общее время воздействия – не более 10 минут. За процедуру облучают не более 4–6 полей. Курс лазерной терапии составляет 10–15 ежедневных процедур. Повторные курсы проводят с интервалом 3–4 месяца.
4. Больным рекомендуется избегать травматизации кожи, переохлаждения и перегревания, стрессовых ситуаций.

ЗАДАЧА 4

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 62 лет с жалобами на высыпание на верхних конечностях, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающихся умеренным зудом.

Считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающиеся умеренным зудом. Неделю назад стали появляться новые высыпания, в связи с чем больная обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; гинекологический анамнез: Б-2, Р-2, менструация с 12 лет, 5–7 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания локализуются на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер. Высыпания представлены очагами отечной эритемы, папулами и располагающимися на фоне эритемы пузырями. Пузыри имеют округлые очертания, напряженную, плотную покрывку. Содержимое пузырей серозное. На месте вскрывшихся пузырей имеются эрозии, часть которых покрыта геморрагическими корками. Симптом Никольского отрицательный. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить буллезный пемфигоид. Поражение кожи при буллезном пемфигоиде может быть локализованным или генерализованным. Высыпания чаще локализуются на конечностях, животе, в пахово-бедренных складках, на внутренней поверхности бедер. Высыпания у больных буллезным пемфигоидом могут быть полиморфными. Заболевание обычно начинается с появления эритематозных, папулезных и/или уртикарноподобных высыпаний, сопровождающихся зудом. Эти высыпания могут существовать в течение нескольких месяцев, после чего появляются пузыри. Пузыри имеют напряженную, плотную крышку, округлую или овальную форму, серозное или серозно-геморрагическое содержимое, располагаются на эритематозном фоне или на видимо неизменной коже. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии, при отсутствии вторичного инфицирования, быстро эпителизируются, не склонны к периферическому росту. Симптом Никольского отрицательный.
2. Диагностика буллезного пемфигоида основана на выявлении клинических признаков заболевания и обнаружении IgG-антител к белкам компонентов базальной мембраны кожи.
3. Для выявления IgG-антител к белкам компонентов базальной мембраны кожи проводится иммуногистохимическое исследование биоптата видимо непораженной кожи больного, при котором обнаруживают линейное отложение IgG и/или C3 компонента комплемента в области базальной мембраны. При необходимости дифференциальной диагностики с приобретенным буллезным эпидермолизом проводится дополнительное иммунофлуоресцентное исследование биоптата кожи, предварительно расщепленного выдерживанием в 1М растворе хлорида натрия в течение 1 суток. Это исследование позволяет выявить отложение IgG в верхней части (крышке) полости, образовавшейся в зоне дермо-эпидермального соединения.
4. При гистологическом исследовании биоптата кожи со свежим пузырем выявляют субэпидермальную полость с поверхностным инфильтратом в дерме, состоящим из лимфоцитов, гистиоцитов и эозинофилов, что не всегда позволяет отличить буллезный пемфигоид от других заболеваний с субэпидермальным расположением пузыря (герпетиформный дерматит Дюринга, приобретенный буллезный эпидермолиз).

ЗАДАЧА 5

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 62 лет с жалобами на высыпание на верхних конечностях, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающихся умеренным зудом.

Считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающиеся умеренным зудом. Неделью назад стали появляться новые высыпания (не более 2 в сутки), в связи с чем больная обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; гинекологический анамнез: Б-2, Р-2, менструация с 12 лет, 5-7 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания локализуются на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер. Высыпания представлены очагами отечной эритемы, папулами и располагающимися на фоне эритемы пузырями. Пузыри имеют округлые очертания, напряженную, плотную крышку. Содержимое пузырей серозное. На месте вскрывшихся пузырей имеются эрозии, часть которых покрыта геморрагическими корками. Симптом Никольского отрицательный. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Определите степень тяжести заболевания. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение данной пациентке.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить буллезный пемфигоид легкой степени тяжести. Поражение кожи при буллезном пемфигоиде может быть локализованным или генерализованным. Высыпания чаще локализуются на конечностях, животе, в пахово-бедренных складках, на внутренней поверхности бедер. Высыпания у больных буллезным пемфигоидом могут быть полиморфными. Заболевание обычно начинается с появления эритематозных, папулезных и/или уртикарноподобных высыпаний, сопровождающихся зудом. Эти высыпания могут существовать в течение нескольких месяцев, после чего появляются пузыри. Пузыри имеют напряженную, плотную покрывку, округлую или овальную форму, серозное или серозно-геморрагическое содержимое, располагаются на эритематозном фоне или на видимо неизменной коже. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии, при отсутствии вторичного инфицирования, быстро эпителизируются, не склонны к периферическому росту. Симптом Никольского отрицательный. Степень тяжести буллезного пемфигоида определяется по числу появляющихся пузырных элементов. Буллезный пемфигоид определяют, как тяжелый, при появлении более 10 пузырей в сутки на протяжении 3 дней подряд, как легкий - при появлении 10 или менее пузырей в сутки.
2. При буллезном пемфигоиде легкой степени тяжести рекомендована терапия тГКС: клобетазола дипропионат 0,05% 1 раз в день наружно на очаги поражения. Через 15 дней после достижения клинического эффекта (прекращения появления новых высыпаний и зуда, начала эпителизации эрозий) постепенно уменьшают количество наносимого топического глюкокортикостероидного препарата.
3. При отсутствии клинического эффекта от терапии топическим глюкокортикостероидным препаратом в течение 1-3 недель: перорально в дозе 0,5 мг на кг массы тела в сутки. По достижении клинического эффекта дозу преднизолона постепенно снижают до 0,1 мг на кг массы тела в сутки. Длительность терапии составляет 4-12 месяцев.
4. Помимо назначения топических кортикостероидных препаратов проводится обработка крупных пузырей и эрозий: пузыри вскрывают проколом и дренируют, оставив покрывку; эрозивные очаги поражения обрабатывают раствором антисептиков: хлоргексидин 0,05-0,2% раствор, мирамистин 0,01% раствор, бриллиантового зеленого 1% спиртовой раствор.

ЗАДАЧА 6

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 68 лет с жалобами на высыпание на внутренней поверхности бедер, рук, живота, в пахово-бедренных складках, сопровождающиеся выраженным зудом.

Считает себя больным около месяца, когда впервые отметил высыпания на коже живота, внутренней поверхности бедер, в пахово-бедренных складках, сопровождающиеся выраженным зудом, через неделю появились пузыри, сохраняющиеся в течение 2 суток. Количество новых высыпаний увеличивается до 10-12 в сутки.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; беспокоят боли в суставах, в связи с чем принимает нестероидный противовоспалительный препарат; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания локализуются на коже живота, верхних конечностей, внутренней поверхности бедер, в пахово-бедренных складках в виде пузырей с напряженной плотной покрывкой, с серозным

содержимым на видимо неизменной коже; эрозий размерами до 2 см в диаметре, серозно-геморрагических корок. Симптом Никольского отрицательный. Субъективно – выраженный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Определите степень тяжести заболевания. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение данному пациенту.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить буллезный пемфигоид тяжелой степени тяжести. Поражение кожи при буллезном пемфигоиде может быть локализованным или генерализованным. Высыпания чаще локализуются на конечностях, животе, в пахово-бедренных складках, на внутренней поверхности бедер. Высыпания у больных буллезным пемфигоидом могут быть полиморфными. Заболевание обычно начинается с появления эритематозных, папулезных и/или уртикароподобных высыпаний, сопровождающихся зудом. Эти высыпания могут существовать в течение нескольких месяцев, после чего появляются пузыри. Пузыри имеют напряженную, плотную покрывку, округлую или овальную форму, серозное или серозно-геморрагическое содержимое, располагаются на эритематозном фоне или на видимо неизменной коже. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии, при отсутствии вторичного инфицирования, быстро эпителизируются, не склонны к периферическому росту. Симптом Никольского отрицательный. Степень тяжести буллезного пемфигоида определяется по числу появляющихся пузырных элементов. Буллезный пемфигоид определяют, как тяжелый, при появлении более 10 пузырей в сутки на протяжении 3 дней подряд, как легкий – при появлении 10 или менее пузырей в сутки.
2. При буллезном пемфигоиде тяжелой степени тяжести: клобетазола дипропионат 0, 05% наружно 1 раз в день на очаги поражения. Через 15 дней после достижения клинического эффекта (прекращение появления новых высыпаний и зуда, начало эпителизации эрозий) постепенно уменьшают количество наносимого топического глюкокортистероидного препарата +преднизолон перорально 0, 5-0, 75 мг на кг массы тела в зависимости от тяжести состояния. При назначении в суточной дозе менее 0, 5 мг на кг массы тела эффективность преднизолона недостаточна. Увеличение дозы преднизолона выше 0, 75 мг/кг массы не приводит к повышению эффективности терапии. Постепенное снижение дозы системного кортикостероида начинают через 15 дней после достижения клинического эффекта терапии – прекращение появления новых высыпаний и зуда, начало эпителизации эрозий и продолжают в течение 4-6 месяцев до поддерживающей дозы 0, 1 мг/кг/сутки. Если пациент находится в состоянии клинической ремиссии в течение 3-6 месяцев, лечение можно прекратить. В случае рецидива доза кортикостероидного препарата повышается до первоначального уровня. Помимо назначения топических кортикостероидных препаратов проводится обработка крупных пузырей и эрозий: пузыри вскрывают проколом и дренируют, оставив покрывку; эрозивные очаги поражения обрабатывают раствором антисептиков: хлоргексидин 0, 05-0, 2% раствор, мирамистин 0, 01% раствор, бриллиантового зеленого 1% спиртовой раствор.
3. Тяжелое течение буллезного пемфигоида, требующее назначения системной терапии является показанием для госпитализации.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 53 лет с жалобами на высыпание лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Считает себя больным 7 месяцев, когда впервые отметил выраженное шелушение на коже волосистой части головы. Через 1 месяц в области правого виска отметил появление "пятна" розового цвета, которое быстро увеличивалось в размере. В последующем высыпания распространились на кожу шеи, туловища и конечностей. К врачу не обращался, самостоятельно лечился наружными глюкокортикостероидами, без эффекта. После нервного стресса патологический кожный процесс принял генерализованный характер. Пациент отметил потерю веса на 7 кг за последние полгода.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный характер. Локализуется на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей в виде множественных эритематозных пятен, бляшек, сливающихся в обширные очаги поражения; фолликулярные папулы; визуализируются "островки" здоровой кожи, фолликулярный гиперкератоз. Кожа ладоней розового цвета с желтоватым оттенком. На подошвенной поверхности стоп гиперкератоз желтоватого цвета. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: отмечается онихолизис, местами онихогрифоз. Надавливание на ногтевые пластинки вызывает резкую болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение данному пациенту. Каков прогноз при данном заболевании?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить pityriasis rubra pilaris 1 типа. Обычно начинается с появления на коже лица, волосистой части головы и верхней половины тела эритематозных пятен. Затем в течение нескольких недель или месяцев высыпания распространяются на нижнюю часть тела. Появляются фолликулярные папулы и эритематозные бляшки с желтовато-оранжевым оттенком, которые сливаются на многих участках кожи туловища. В пределах распространенной эритемы обычно располагаются островки видимо здоровой кожи. Патогномоничный признак — фолликулярные конические роговые папулы с перифолликулярной эритемой и характерными роговыми шипиками (конусы Бенье), окружающие стержень волоса, наиболее выраженные на тыльной поверхности пальцев кистей.
2. Ладонно-подошвенная кератодермия отличается заметным желтовато-оранжевым оттенком (восковидным), развивается в течение нескольких недель и сопровождается поражением ногтей, которое характеризуется их утолщением в связи с резко выраженным гиперкератозом ногтевого ложа, помутнением ногтевых пластинок, желтоватым оттенком. Подногтевая роговая масса спаяна с ногтевой пластинкой, имеет пористый характер и напоминает сердцевину тростника. На ногтевых пластинках выражена продольная исчерченность. Надавливание на ноготь вызывает болезненность.
3. Проводится системная и наружная терапия больных. Изотретиноин 1 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 12- 26 недель или метотрексат 5-30 мг в неделю. При непереносимости изотретиноина и метотрексата: ацитретин 25-50 мг в сутки перорально, длительность терапии определяется характером патологического процесса или ацитретин 25 мг в сутки перорально + UVA 1-фототерапия, в первоначальной дозе 30 Дж/см² с повышением до 60 Дж/см² на 2-й день, до 90 Дж/см² на 3-7-й дни и до 100 Дж/см² на 8-15-й дни. 15 процедур 5 раз в неделю.
4. Топическая терапия проводится в сочетании с системной терапией для уменьшения частоты развития и выраженности нежелательных явлений последней. На очаги поражения наносятся: эомоленты 2 раза в день, 2% салициловая мазь 2 раза в день.

5. При ограниченных высыпаниях: пимекролимус 1% крем 1 раз 20 г в день (при массе тела менее 45 кг- 10 г в день) или кальципотриол 50 мкг/г 2 раза в день в течение 2-10 месяцев. При распространенных высыпаниях: топические глюкокортикостероидные препараты.
6. При тяжелом течении, резистентном к терапии, для лечения взрослых больных используют биологические препараты.
7. Этот тип заболевания характеризуется хорошим прогнозом. Несмотря на тяжесть заболевания, которая может сопровождаться нарушением трудоспособности, более чем у 80% больных в течение 3 лет наступает полная ремиссия.

ЗАДАЧА 8

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 22 лет с жалобами на появление «пятен» на коже туловища и конечностей в виде уплотненных бляшек восковидного цвета с розовато фиолетовым венчиком, с тенденцией к росту и слиянию.

Считает себя больной около 2 лет, когда впервые без видимых причин отметила появление плотного буровато-желтоватого очага на коже предплечий, а затем на коже низа живота. Обращалась к дерматологу, получала курсы антибактериальной терапии и смягчающих кремов. Отмечала появление дерматита. Обратилась для уточнения диагноза и лечения.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гастрит; гинекологический анамнез: Б-0, менструация с 12 лет, 3-5 дней; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Сыпь обильная. На коже предплечий – медиальные поверхности, плеч – латеральные поверхности, на коже живота, внутренней поверхности бедер и голеней имеются восковидно-буроватого и белесого цвета бляшки. Кожа в очаге плотновата, поверхность представляется блестящей. По периферии бляшек прослеживается розовато-сиреневый ободок. Фолликулярный аппарат сглажен, пушковые волосы отсутствуют. В лучезапястных суставах намечается сгибательная контрактура. Субъективно: чувство стягивания в очагах и тугоподвижность в лучезапястных суставах.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение и перечислите методы профилактики прогрессирования данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить глубокую склеродермию. Это одна из тяжелых, прогрессирующих форм очаговой склеродермии, сопровождающееся поражением фасций и сухожилий, что приводит к контрактурам. Розовато-сиреневый ободок по периферии очага свидетельствует об активности процесса.
2. Больная нуждается в комплексном, длительном лечении и наблюдении у дерматологов и ревматологов. Гиалуронидаза 32-64 УЕ 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно или через день, на курс 15-20 инъекций или 64 УЕ- введение в очаг склеродермии 1 раз в 3 дня, на курс 7-10 процедур. Бензилпенициллин 300000–500000 ЕД 3–4 раза в сутки или 1 млн ЕД 2 раза в сутки внутримышечно, на курс 15–40 млн ЕД. Проводят 2–3 курса терапии с интервалом 1, 5–4 месяца. Вазоактивные препараты (Пентоксифиллин 100–200 мг перорально 3 раза в сутки или 400 мг перорально 1–2 раза в сутки в течение 4–6 недель). Наружно: Мометазон крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций или окклюзионных повязок. При назначении топических глюкокортикостероидных препаратов в виде аппликаций курс лечения составляет 4–12 недель, в виде окклюзионных повязок – 2–3 недели.
3. Немедикаментозная терапия: Ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона (УФА-1 терапия, длина волны 340-400 нм). УФА-1 терапия- один из эффективных методов лечения склеродермии при неглубоком поражении кожи и подлежащих тканей. Облучения УФА-1 светом начинают с дозы 5-20 Дж/см², последующие разовые дозы по-

вышают на 5-15 Дж/см² до максимальной разовой дозы 20-60 Дж/см². Процедуры проводят с режимом 3-5 раз в неделю, курс составляет 20-60 процедур. Лазерное излучение красного диапазона (длина волны 0,63–0,65 мкм) проводят по дистанционной стабильной методике, расфокусированным лучом с плотностью мощности 3–5 мВт/см² и экспозицией 5–8 минут на поле. За процедуру облучают не более 4–5 полей при общей продолжительности воздействий не более 30 минут. Лазерное излучение инфракрасного диапазона (длина волны 0,89 мкм) проводят в непрерывном или импульсном (80–150 Гц) режиме по дистанционной или контактной, стабильной или лабильной методике. Воздействия осуществляют по полям: при непрерывном режиме мощность излучения составляет не более 15 мВт, экспозиция на одно поле 2–5 мин, продолжительность процедуры – не более 30 минут. При импульсном режиме мощность излучения составляет 5–7 Вт/имп, экспозиция 1–3 минуты на поле, общее время воздействия – не более 10 минут. За процедуру облучают не более 4–6 полей. Курс лазерной терапии составляет 10–15 ежедневных процедур. Повторные курсы проводят с интервалом 3–4 месяца.

4. Больным рекомендуется избегать травматизации кожи, переохлаждения и перегревания, стрессовых ситуаций.

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился женщина 54 лет с жалобами на высыпания на коже стоп, сопровождающиеся зудом.

Считает себя больной около года, когда впервые отметила появление высыпаний, количество которых с течением времени увеличилось. Имеется тенденция к нарастанию зуда. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась. Связывает появление с посещением общественной бани.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: ЖКБ; гинекологический анамнез: Б-2, В-0, Р-2, менструация с 12 лет, 3-5 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, ограниченный характер. Высыпания локализуются на коже межпальцевых складок и подошвенной поверхности стоп. На фоне слабовыраженной эритемы отмечается мелкое отрубевидное или муковидное шелушение. Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже «припудренный» вид. Субъективно отмечают сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей не изменены, ногтевые пластины стоп тусклые, желтоватого оттенка, деформированные. Субъективные ощущения в виде зуда.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациентки можно заподозрить микоз и онихомикоз стоп. Высыпания локализуются на коже межпальцевых складок и подошвенной поверхности стоп. На фоне слабовыраженной эритемы отмечается мелкое отрубевидное или муковидное шелушение. Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже «припудренный» вид. Субъективно отмечают сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения. Ногтевые пластины стоп тусклые, желтоватого оттенка, деформированные. Субъективные ощущения в виде интенсивного зуда, в области трещин- болезненности. Связь заболевания с посещением общественной бани.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести микроскопическое и культуральное исследование поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже.
3. При подтверждении диагноза микоз стоп больной необходимо назначить антимикотические препараты для наружного применения с учетом чувствительности, например, бифоназол крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 5 недель. При неэффективности наружной терапии назначают антимикотические препараты системного действия: итраконазол 200 мг в сутки перорально после еды в течение 7 дней, затем 100 мг в сутки перорально после еды в течение 1-2 недель или тербинафин 250 мг в сутки перорально после еды течение 3-4 недель, или
4. флуконазол 150 мг перорально после еды 1 раз в неделю не менее 34 недель. Первичная профилактика: уход за кожей стоп с целью профилактики микротравм, потертостей, устранения гипергидроза (алюминия хлоргидрат 15%+децилен гликоль 1%) или сухости кожи (tetranyl U 1, 5%+мочевина 10%), плоскостопия и др.
5. Вторичная профилактика: дезинфекционная обработка обуви, перчаток 1 раз в месяц до полного излечения: ундецилен амидопропил тримониум метосульфат, спрей или
6. хлоргексидина биглюконата, раствор 1%.

ЗАДАЧА 10

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился женщина 29 лет с жалобами на высыпания на коже груди и спины, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Считает себя больной около полугода, когда впервые отметила появление высыпаний, количество которых с течением времени увеличилось. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни: наследственность неотягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: бронхиальная астма, по поводу которой получает гормональную терапию; гинекологический анамнез: Б-2, А-1, Р-1, менструации с 12 лет, 3-5 дней, обильные; не курит, алкоголем не злоупотребляет. Страдает повышенным потоотделением.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический невоспалительный, ограниченный характер. Высыпания локализируются на коже груди и верхней части спины. Высыпания представлены множественными разного размера пятнами розовато-коричневого и желтовато-коричневого цвета, которые сливаются между собой, образуя крупные очаги с полициклическими очертаниями. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины не изменены. Субъективных ощущений нет.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Какие диагностические пробы и исследования стоит провести для подтверждения диагноза.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациентки можно заподозрить отрубевидный или разноцветный лишай. При постановке диагноза может быть использована проба Бальцера (йодная проба): при смазывании участков 5% настойкой йода или анилиновыми красителями пятна разноцветного лишая окрашиваются более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек. При поскабливании очагов отрубевидного лишая отслаивание разрыхленного рогового слоя (роговые массы снимаются в виде стружки - симптом Бенъе). Кроме того, можно провести осмотр в лучах люминесцентной лампы Вуда (характерно желтое или золотисто-бурое свечение). Свечение в лучах лампы Вуда наблюдается в основном в тех случаях, когда этиологическим агентом выступает *M. furfur* (около 1/3 заболевших). При микроскопическом исследовании чешуек, обработанных 10-20% раствором едкого калия (КОН) с 20-ти минутной экспозицией, обнаруживают элементы гриба (ко-

роткие изогнутые нити мицелия- гифы) в виде "фрикаделек" от 2 до 4 мкм в диаметре и крупные круглые и овальные споры с двухконтурной оболочкой в виде скоплений, напоминающих гроздь винограда.

2. Лечение отрубевидного лишая основано на применении противогрибковых препаратов местного и системного действия, а также кератолитических средств.
3. В качестве наружной терапии применяют бифоназол, 1% крем или 1% раствор 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) или
4. Кетоконазол крем 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель), или клотримазол крем или раствор 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель). При неэффективности местной терапии назначают системные антимикотические препараты: кетоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 3-5 недель или
5. итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 1 недели или 100 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно после еды в течение 15 дней (при сохранении единичных высыпаний после 2-х недельного перерыва рекомендуют проведение повторного курса лечения в той же дозе) или
6. флуконазол 300 мг перорально 1 раз в неделю в течение 2 недель или 150 мг 1 раз в неделю перорально в течение 4 недель. Профилактика: во время лечения необходимо проводить дезинфекцию одежды больного, головных уборов, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и 5-кратным проглаживанием горячим утюгом во влажном виде с двух сторон. Следует также рекомендовать лечение членам семьи, если у них выявлено заболевание. В целях профилактики разноцветного лишая у лиц, предрасположенных к рецидивам заболевания, целесообразен прием кетоконазола в дозе 400 мг в месяц или 200 мг три дня подряд в течение месяца или итраконазола 400 мг один раз в месяц в течение 6 месяцев.

ЗАДАЧА 11

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 22 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица и груди.

Считает себя больным около 2 лет, когда впервые отметил появление высыпаний на коже волосистой части головы. К врачу не обращался, не лечился. Со временем высыпания распространились на кожу лица и груди. Заболевание приобрело волнообразное течение с периодами обострений и ремиссий. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: хронический гастрит; не курит, алкоголем не злоупотребляет. Страдает повышенным потоотделением.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический не воспалительный, распространенный характер. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, лица, груди. На лице высыпания локализуются в области крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей. Высыпания представлены очагами эритемы бледно-розового цвета округлой формы с незначительной инфильтрацией, на поверхности которой отмечается шелушение и корки желтого цвета. Субъективно – незначительный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Какая картина характерна для дерматоскопии данного заболевания?
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациента можно заподозрить себорейный дерматит. Дермоскопия показывает желтые чешуйки, линейные и ветвящиеся сосуды, при отсутствии точечных, что отличает себорейный дерматит от псориаза.
2. При выраженном воспалении целесообразно применение глюкокортикостероидных препаратов со средней или высокой степенью противовоспалительной активности. По мере уменьшения выраженности воспаления используют глюкокортикостероидные препараты со слабой или средней степенью противовоспалительной активности: бетаметазона валерат 0, 1%, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней или мометазона фуроат 0, 1%, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней.
3. Чтобы избежать риска развития нежелательных явлений, свойственных длительному использованию кортикостероидных препаратов, возможно применение пиритиона цинка или топических ингибиторов кальциневрина:
4. пиритион цинка 0, 2% аэрозоль, крем 2 раза в сутки наружно в течение 10–14 дней, шампунь – 3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости;
5. такролимус 0, 03%, 0, 1% мазь, 2 раза в день до 6 недель, поддерживающая терапия- 2 раза в неделю при необходимости.
6. Для лечения могут применяться кетоконазол, бифоназол и циклопироксоламин в форме крема и шампуня. Применение кетоконазола в профилактических целях способствует поддержанию ремиссии. Бифоназол и циклопироксоламин могут назначаться в форме шампуня 3 раза в неделю. Шампунь следует наносить на кожу головы и на область бороды. Время экспозиции 5–10 минут перед полосканием. После снятия обострения и достижения ремиссии частота использования шампуня может быть уменьшена до двух раз в неделю или по мере необходимости.
7. При выраженном зуде- антигистаминные препараты: акривастин 8 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14–20 дней или лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10–20 дней.
8. При тяжелой форме течения или резистентности к наружной терапии возможно назначение пероральных антимикотических препаратов: итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первой недели лечения, затем 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первых 2 дней последующих 2–11 месяцев лечения или тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки непрерывно в течение 4–6 недель, или 12 дней в месяц непрерывно в течение 3 месяцев или флуконазол 50 мг перорально 1 раз в сутки в течение 2 недель, или 200–300 мг 1 раз в неделю в течение 2–4 недель, или кетоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение 4 недель.
9. Методов профилактики не существует.

ЗАДАЧА 12

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы с очагами облысения, сопровождающиеся умеренным зудом.

Со слов матери, первые высыпания появились неделю назад на коже затылочной области. В течение недели появились аналогичные высыпания на коже теменной области справа. Самостоятельно лечились антигистаминными средствами, без эффекта.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже затылочной области, представлен в виде очага округлой формы до 3 см в диаметре с мелкими очагами отсева (до 0, 5 см) по периферии. На коже правой теменной области отмечается очаг овальной формы до 1, 5 см в диаметре. Высыпания представлены отечными эритематозными пятнами розового цвета с четкими границами, на поверхности которых отмечается мелкопластинчатое шелушение. Волосы в очагах поражения обломлены и выступают над поверхностью кожи на 4-5 мм. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий.

Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже волосистой части головы.

Результаты лабораторного исследования: при микроскопическом исследовании визуализируется волос, окруженный «чехликом» из мозаично расположенных спор. В толще волоса обнаруживаются преимущественно нити мицелия. Выявление роста грибковой колонии *Microsporum Canis* на питательной среде.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, пациенту можно поставить микроспорию волосистой части головы. При микроспории волосистой части головы очаги поражения располагаются чаще в затылочной, теменной и височной областях. В начальном периоде заболевания на месте внедрения патогенного гриба возникает очаг шелушения. В дальнейшем характерно образование одного или двух крупных очагов округлых или овальных очертаний с четкими границами размером от 3 до 5 см в диаметре и нескольких мелких очагов-отсевов, размером от 0, 3-1, 5 см. Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 4-5 мм.
2. Микроспория волосистой части головы является показанием к назначению системных и местных антимикотических препаратов. Для лечения детей рекомендуется гризеофульвин перорально с чайной ложкой растительного масла 21-22 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до первого отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня.
3. Волосы в очагах поражения сбривают 1 раз в 5-7 дней или эпилируют. Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней. Дополнительно проводится терапия местно-действующими препаратами: Циклопирокс крем 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель или кетоконазол крем, мазь 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель, или изоконазол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или бифоназол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или 3% салициловая кислота и 10 % серная мазь наружно вечером + 3% спиртовая настойка йода местно утром.

ЗАДАЧА 13

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы с очагами облысения, сопровождающиеся умеренным зудом.

Со слов матери, первые высыпания появились неделю назад на коже затылочной области. В течение недели появились аналогичные высыпания на коже теменной области справа. Самостоятельно лечились антигистаминными средствами, без эффекта.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже затылочной области, представлен в виде очага округлой формы до 3 см в диаметре с мелкими очагами отсева (до 0, 5 см) по периферии. На коже правой теменной области отмечается очаг овальной формы до 1, 5 см в диаметре. Высыпания представлены отечными эритематозными пятнами розового цвета с четкими границами, на поверхности которых отмечается мелкопластинчатое шелушение. Волосы в очагах поражения обломлены и выступают над поверхно-

стью кожи на 4-5 мм. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже волосистой части головы.

Результаты лабораторного исследования: при микроскопическом исследовании визуализируется волос, окруженный «чехликом» из мозаично расположенных спор. В толще волоса обнаруживаются преимущественно нити мицелия. Выявление роста грибковой колонии *Microsporum Canis* на питательной среде.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите требования к результатам лечения.
2. Перечислите противоэпидемические мероприятия при выявленной микроспории.

ОТВЕТЫ:

1. Требования к результатам лечения:
 - разрешение клинических проявлений;
 - отсутствие свечения волос под люминесцентным фильтром (лампой Вуда);
 - три отрицательных контрольных результата микроскопического исследования на грибы (микроспория волосистой части головы - 1 раз в 5-7 дней). Ввиду возможности рецидивов, после окончания лечения, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении: при микроспории волосистой части головы - 3 месяца.
2. Контрольные микроскопические исследования при диспансерном наблюдении необходимо проводить: при микроспории волосистой части головы - 1 раз в месяц. Заключение о выздоровлении и допуске в организованный коллектив дает врач-дерматовенеролог.
3. На больного микроспорией, выявленного впервые, в 3-х дневный срок подается извещение в отделение учета и регистрации инфекционных заболеваний ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» и его филиалов, в территориальные кожно-венерологические диспансеры. Каждое новое заболевание следует рассматривать как впервые диагностированное.
4. При регистрации заболевания в медицинских организациях, организованных коллективах и других учреждениях сведения о заболевшем вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний.
5. Журнал ведется во всех медицинских организациях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений и других организованных коллективах. Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между медицинскими организациями и организациями государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
6. Проводится изоляция больного.
7. При выявлении заболевания в детских учреждениях больного микроспорией немедленно изолируют и до перевода в больницу или домой проводят текущую дезинфекцию.
8. До выздоровления больного микроспорией ребенка не допускают в дошкольное образовательное учреждение, школу; взрослого больного не допускают к работе в детские и коммунальные учреждения. Больному запрещается посещение бани, бассейна.
9. В целях максимальной изоляции больному выделяют отдельную комнату или ее часть, предметы индивидуального пользования (белье, полотенце, мочалку, расческу и др.).
10. В первые 3 дня после выявления больного в дошкольных образовательных учреждениях, школах, высших и средних специальных образовательных учреждениях и других организованных коллективах медицинским персоналом данных учреждений проводится осмотр контактных лиц. Осмотр контактных лиц в семье проводится врачом-дерматовенерологом.
11. Осмотр проводится до проведения заключительной дезинфекции.

12. Дальнейшее медицинское наблюдение с обязательным осмотром кожных покровов и волосистой части головы с использованием люминисцентной лампы проводится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).
13. Текущую дезинфекцию в очагах организует медицинская организация, установившая заболевание. Текущую дезинфекцию до госпитализации, выздоровления проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо. Ответственность за выполнение текущей дезинфекции в организованных коллективах и медицинских организациях возлагается на его медицинский персонал. Текущая дезинфекция считается своевременно организованной, если население начинает выполнять ее не позднее, чем через 3 часа с момента выявления больного.
14. Заключительная дезинфекция проводится в очагах микроспории после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома независимо от сроков госпитализации или выздоровления. В некоторых случаях заключительную дезинфекцию проводят дважды (например, в случае изоляции и лечения больного ребенка в изоляторе школы интерната: после изоляции - в помещениях, где находился больной и после выздоровления - в изоляторе). Если заболевает ребенок, посещающий детское дошкольное учреждение или школу, заключительную дезинфекцию проводят в детском дошкольном учреждении (или школе) и дома. В общеобразовательной школе заключительную дезинфекцию проводят по эпидемиологическим показаниям. Заключительную дезинфекцию в очагах проводит дезинфекционная станция. Камерной дезинфекции подлежат постельные принадлежности, верхняя одежда, обувь, головные уборы, ковры, мягкие игрушки, книги и др.
15. Заявка на заключительную дезинфекцию в домашних очагах и единичных случаях в организованных коллективах подается медицинским работником медицинской организации дерматовенерологического профиля.
16. При регистрации 3 и более случаев микроспории в организованных коллективах, а также по эпидемиологическим показаниям, организуется выход медицинского работника медицинской организации дерматовенерологического профиля и эпидемиолога учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора. По указанию эпидемиолога назначается заключительная дезинфекция, определяется объем дезинфекции.
17. Медицинским работником, установившим заболевание, проводится работа по выявлению источника заражения (наличие контакта с больными животными). Животных (кошек, собак) направляют в ветеринарную лечебницу для обследования и лечения с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за больным микроспорией. В случае подозрения на бездомное животное информация передается в соответствующие службы по отлову животных.

ЗАДАЧА 14

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 29 лет с жалобами на появление высыпаний на лице, сопровождающихся зудом.

Из анамнеза известно, что высыпания появились 2 дня назад. Кроме того, пациентка уточнила, что ее ребенок 5 лет в данный момент получает лечение от микроспории волосистой части головы, подтвержденной лабораторными исследованиями.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены; гинекологический анамнез: Б-2, А-1, Р-1, менструации с 12 лет, 3-5 дней, обильные; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже щеки с правой стороны, представлен эритематозным пятном диаметром 1, 5 см с четкими границами, округлых очертаний, покрытым сероватыми чешуйками, по периферии формируется возвышающийся валик, покрытый пузырьками и серозными корочками. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения

нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже волосистой части головы.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить у пациентки?
2. Перечислите методы диагностики, необходимые для подтверждения диагноза.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить микроспорию гладкой кожи.
2. Диагноз микроспории основывается на данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований:
 - микроскопического исследования на грибы (не менее 5 раз);
 - осмотра под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) (не менее 5 раз);
 - культурального исследования для идентификации вида возбудителя с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий;
3. При назначении системных антимикотических препаратов необходимо проведение:
 - общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней);
 - общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней);
 - биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и через 3-4 недели) (АЛТ, АСТ, билирубин общий).

ЗАДАЧА 15

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 29 лет с жалобами на появление высыпаний на лице, сопровождающихся зудом.

Из анамнеза известно, что высыпания появились 2 дня назад. Кроме того, пациентка уточнила, что ее ребенок 5 лет в данный момент получает лечение от микроспории волосистой части головы, подтвержденной лабораторными исследованиями.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены; гинекологический анамнез: Б-2, А-1, Р-1, менструации с 12 лет, 3-5 дней, обильные; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже щеки с правой стороны, представлен эритематозным пятном диаметром 1, 5 см с четкими границами, округлых очертаний, покрытым сероватыми чешуйками, по периферии формируется возвышающийся валик, покрытый пузырьками и серозными корочками. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже.

Результаты лабораторного исследования: при микроскопическом исследовании визуализируется споры гриба. Выявление роста грибковой колонии *Microsporum Canis* на питательной среде.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение данной пациентке.
2. Перечислите методы профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. При микроспории гладкой кожи (менее 3 очагов поражения) без поражения пушковых волос применяют наружные антимикотические средства:
 - циклопирокс крем 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель или

- кетконазол крем, мазь 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель, или
 - изокконазол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или
 - бифоназол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или
 - 3% салициловая кислота и 10 % серная мазь наружно вечером + 3% спиртовая настойка йода местно утром. Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.
2. Профилактические мероприятия при микроспории включают санитарно-гигиенические, в т. ч. соблюдение мер личной гигиены и дезинфекционные мероприятия (профилактическая и очаговая дезинфекция).
 3. Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских и медицинских организациях.
 4. Профилактические санитарно-гигиенические и дезинфекционные мероприятия проводятся в парикмахерских, банях, саунах, санитарных пропускниках, бассейнах, спортивных комплексах, гостиницах, общежитиях, прачечных и т. д.

3 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

ЗАДАЧА 1

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 34 лет с жалобами на высыпания на головке полового члена.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 8 дней, когда впервые появились высыпания в виде эрозий на головке полового члена. Увеличение лимфатических узлов в паховой области отмечает в течение 4 дней. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Генитальный герпес, рецидивирующее течение. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1 месяц назад.

Локальный статус: высыпания располагаются на головке полового члена в виде эрозий, округлых очертаний, размером 1 x 1 см, с ровными краями, гладким, блестящим дном красного цвета, с умеренно плотным инфильтратом в основании, безболезненные при пальпации. Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить первичный сифилис. Необходимо провести реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) для выявления антигенов к возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*).
2. Лечение больных первичным сифилисом: - бициллин-1 (А) 2, 4 млн ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции;
- бициллин-5 (В) 1, 5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций;
- бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 суток;
-бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.
3. Препарат выбора — дюранный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в применении. Препараты средней дюрантности или водорастворимый пенициллин.

лин используют при необходимости лечения больного в стационаре (при осложненном течении заболевания, соматически ослабленных больных и др.).

ЗАДАЧА 2

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 54 лет с жалобами на высыпания на языке.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые появились высыпания в виде эрозий на спинке языка. За несколько дней до появления высыпаний заболел простудой, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: Сахарный диабет 2 типа. Генитальный герпес, рецидивирующее течение. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Локальный статус: высыпания располагаются на спинке языка в виде эрозивных папул, округлых очертаний, размером 0,8 x 1,3 см, с неровными краями, гладким, блестящим дном, соочки в области высыпаний практически отсутствуют (так называемые "лоснящиеся" папулы, бляшки "скошенного луга"). Субъективные ощущения отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить вторичный сифилис. Необходимо провести реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) для выявления антител к возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*).
2. Лечение больных вторичным сифилисом: - бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней;
-бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток;
-бициллин-1 (А) 2, 4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций (для вторичного сифилиса).
-пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре.

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 27 лет с жалобами на высыпания на туловище.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые высыпания появились на коже туловища. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: отрицает. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: непереносимость препаратов пенициллина. Наследственность: не отягощена. Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней и боковых поверхностях груди и живота. Высыпания представлены множественными розово-красными розеолами и папулами, округлой формы, имеют четкие границы, размером 0,5-1 см. Высыпания не сливаются между собой, исчезают при надавливании, папулы плотные, поверхность гладкая, субъективные ощу-

щения отсутствуют. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить вторичный сифилис. Необходимо провести реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) для выявления антител к возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*).
2. С учетом непереносимости пенициллина в анамнезе данному больному следует назначить лечение цефтриаксоном 1, 0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 28 суток. Препаратом резерва является доксициклин 0, 1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток.

ЗАДАЧА 4

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 25 лет с жалобами на высыпания на половой губе.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение 2-х недель, когда впервые появилось высыпание в виде эрозии на половой губе, в дальнейшем сформировалась язва и увеличились лимфатические узлы в паховой области справа. За некоторое время до появления высыпания заболела простудой, по поводу которой принимала противовирусные препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Генитальный герпес, рецидивирующее течение. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: не замужем, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1, 5 месяца назад.

Локальный статус: Высыпание располагается на правой половой губе в виде язвы округлых очертаний, размером 1х1, 5 см, с не ровными краями, с блестящим дном красного цвета, с плотным инфильтратом в основании, безболезненной при пальпации. Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны. Кожные покровы нормальной окраски, высыпаний не выявлено.

Результаты лабораторных исследований: Реакция пассивной гемагглютинации – положительная 4+ титр 1: 1280.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно выставить? Обоснуйте.
2. Назначьте лечение больной.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, больной можно выставить диагноз первичного сифилиса. При первичном сифилисе в месте внедрения бледных трепонем развивается первичный аффе́кт – эрозия или язва диаметром от 2-3 мм (карликовый шанкр) до 1, 5-2 см и более (гигантский шанкр), округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании первичной сифиломы – плотноэластический инфильтрат. Первичный аффе́кт сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом. Величина лимфоузлов может варьировать от размеров фасоли до куриного яйца. Увеличенные лимфоузлы безболезненны, плотноэластической консистенции.
2. Результаты лабораторных исследований: Реакция пассивной гемагглютинации – положительная 4+ титр 1: 1280.

3. Лечение больных первичным сифилисом: - бициллин-1 (А) 2, 4 млн ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции;
- бициллин-5 (В) 1, 5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций;
- бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 суток;
-бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.
4. Препарат выбора — дюрантный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в применении. Препараты средней дюрантности или водорастворимый пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре (при осложненном течении заболевания, соматически ослабленных больных и др.).

ЗАДАЧА 5

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 26 лет с жалобами на жжение и болезненность при мочеиспускании, болезненность при половом акте.

Анамнез заболевания: выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов беспокоят в течение последних 2 месяцев. Обратила внимание на то, что постоянный половой партнер отмечает учащение мочеиспускания после возвращения из командировки. Половой партнер к врачу обращаться отказывается. В течение двух недель отмечает покраснение и сухость правого глаза, отечность конъюнктивы. В течение последней недели отмечает болезненность в коленном суставе.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, необильные слизистые уретральные выделения, гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, с необильными слизистыми выделениями. Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Матка в anteфлексio, не увеличена, в смещении безболезненная. Придатки не пальпируются, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Результаты лабораторного обследования: Полимеразная цепная реакция на *C. trachomatis*: Обнаружена ДНК *C. trachomatis*

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно поставить больной? Обоснуйте.
2. Назначьте лечение больной. Как проводится установление излеченности?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, больной можно поставить хламидийную инфекцию. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; межменструальные кровянистые выделения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в нижней части живота.
2. Обнаружена ДНК *C. trachomatis*.

3. Рекомендуется для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы, аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита назначение перорально одного из следующих антибактериальных препаратов: доксициклин 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней или азитромицин** 1, 0 г однократно.
4. Установление излеченности хламидийной инфекции на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ЗАДАЧА 6

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 28 лет с жалобами на жжение и болезненность при мочеиспускании, болезненность при половом акте.

Анамнез заболевания: выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов беспокоят в течение последних 2 месяцев. Обратила внимание на то, что постоянный половой партнер отмечает учащение мочеиспускания после возвращения из командировки. Половой партнер к врачу обращаться отказывается. В течение двух недель отмечает покраснение и сухость правого глаза, отечность конъюнктивы. В течение последней недели отмечает болезненность в коленном суставе.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, беременность 6 недель. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, необильные слизистые уретральные выделения, гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, с необильными слизистыми выделениями. Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Матка соответствует сроку беременности. Придатки не пальпируются, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Результаты лабораторного обследования: Полимеразная цепная реакция на *C. trachomatis*: Обнаружена ДНК *C. trachomatis*.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно поставить больной? Обоснуйте.
2. Назначьте лечение больной. Возможно ли его проведение в 1 триместре беременности?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, больной можно поставить хламидийную инфекцию. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; межменструальные кровянистые выделения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в нижней части живота.
2. Обнаружена ДНК *C. trachomatis*.

3. Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов. Лечение беременных: джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или азитромицин 1, 0 г перорально однократно.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 23 лет с жалобами на слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, дискомфорт, зуд, жжение в области уретры, болезненность во время половых контактов, учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 4 дней, когда впервые появились симптомы.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: отрицает. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: неженат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 дня назад.

Локальный статус: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; слизисто-гнойные выделения из уретры.

Результаты лабораторных исследований: ПЦР: наличие ДНК уреаплазмы в образце

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите меры профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных можно говорить об инфекции, вызванной уреаплазмой.
2. Больному необходимо назначить: доксициклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней или джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10 дней. Основные меры профилактики включают использование презервативов при половых контактах, исключение случайных связей, регулярное обследование у врача и своевременное лечение.

ЗАДАЧА 8

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 32 лет с жалобами на выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко — пенистые, с неприятным запахом; зуд, жжение в области половых органов; болезненность во время половых контактов, а также зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании и дискомфорт в нижней части живота.

Анамнез заболевания: считает себя больной около месяца, когда появились выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-0. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается невыраженная гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, необильными серо-желтыми жидкими пенистыми выделениями с неприятным запахом; петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки). Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Придатки увеличены, болезненны. Влагалищные своды высокие, свободные.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больной? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Назначьте лечение больной. Перечислите меры профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у больной можно заподозрить урогенитальный трихомониаз, осложненный сальпингоофоритом. Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований — обнаружении *T. vaginalis* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:
 - микроскопического исследования нативного препарата, или «влажного мазка» (фазово-контрастная или темнопольная микроскопия). Необходимым условием является проведение исследования немедленно после получения биологического материала. Наибольшая чувствительность (до 70%) и специфичность (до 100%) микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания, в особенности у женщин;
 - молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (чувствительность — 88—97%, специфичность — 98—99%);
 - культурального исследования (чувствительность — до 95%), показанного при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании. Однако метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.
2. Кроме того, рекомендована консультация гинеколога.
3. Единственным классом препаратов, рекомендуемым для лечения урогенитального трихомониаза, являются 5-нитроимидазолы, к которым чувствительны большинство штаммов *T. vaginalis*. Лечение осложненного трихомониаза: метронидазол 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или 2, 0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней, орнидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней или тинидазол 2, 0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней. При лечении осложненных форм урогенитального трихомониаза возможно одновременное применение местнодействующих протистостатических препаратов: метронидазол, вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней (метронидазол, гель 0, 75% 5 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 5 дней. Основные меры профилактики включают использование презервативов при половых контактах, исключение случайных связей, регулярное обследование у врача и своевременное лечение.

ЗАДАЧА 9

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 32 лет с жалобами на выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко — пенистые, с неприятным запахом; зуд, жжение в области половых органов; болезненность во время половых контактов, а также зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Анамнез заболевания: считает себя больной около месяца, когда появились выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, беременность 10 недель. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается невыраженная гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, небилыми серо-желтые жидкие пенистые выделения с неприятным запахом; петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки). Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, матка соответствует сроку беременности, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Придатки не увеличены, безболезненны.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больной? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Назначьте лечение больной. Возможно ли назначение терапии во время беременности?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у больной можно заподозрить урогенитальный трихомониаз. Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований — обнаружении *T. vaginalis* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:
 - микроскопического исследования нативного препарата, или «влажного мазка» (фазово-контрастная или темнопольная микроскопия). Необходимым условием является проведение исследования немедленно после получения биологического материала. Наибольшая чувствительность (до 70%) и специфичность (до 100%) микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания, в особенности у женщин;
 - молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (чувствительность — 88—97%, специфичность — 98—99%);
 - культурального исследования (чувствительность — до 95%), показанного при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании. Однако метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.
2. Кроме того, рекомендована консультация гинеколога.
3. Единственным классом препаратов, рекомендуемым для лечения урогенитального трихомониаза, являются 5-нитроимидазолы, к которым чувствительны большинство штаммов *T. vaginalis*. Лечение беременных, больных урогенитальным трихомониазом, осуществляется не ранее II триместра беременности по схеме: метронидазол 2, 0 г однократно.

4 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

ЗАДАЧА 1

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 43 лет с жалобами на появление белых пятен на коже туловища и голеней.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 10 лет, когда после солнечного ожога появились единичные пятна на коже туловища. Площадь депигментированных пятен медленно увеличивается. Кроме того, на местах травматизации появляются новые пятна. Появление новых пятен сопровождается легким зудом.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-1; Р-1. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: Поражение кожи хронического не воспалительного характера. Высыпания располагаются на коже туловища, голеней. На коже туловища представлены отдельными депигментированными пятнами молочно-белого цвета неправильной формы диаметром от 2 см до 5 см, с четкими границами. На коже голеней визуализируются множественные мелкие депигментированные пятна белого цвета диаметром от 0, 2 до 0, 3 см, расположенные перифолликулярно, границы участков депигментации четкие. Рост пушковых и остистых волос не нарушен, пигмент не сохранен.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больной? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Назначьте лечение больной.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить витилиго.
2. Диагноз витилиго основывается на данных анамнеза и клинической картине заболевания — наличии на коже пятен молочно-белого цвета с четкими контурами и типичной локализацией. При первичном осмотре целесообразно фиксировать вид и расположение белых пятен путем фотографирования. Для более четкой визуализации очагов витилиго и проведения дифференциальной диагностики рекомендуется их осмотр с использованием лампы Вуда. Гистологическое исследование биоптатов кожи показано в случаях, когда диагноз не ясен и клинически невозможно определить вариант дисхромии кожи.
3. Применение топических глюкокортикостероидных препаратов является методом первой линии терапии больных ограниченными формами несегментарного витилиго и больных сегментарным витилиго. Метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций или алклометезона дипропионат, крем, мазь 1 раз в сутки наружно в виде аппликаций, или бетаметазона дипропионат, крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций, или клобетазола пропионат, крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций. В случаях отсутствия эффекта от применения топических глюкокортикостероидных препаратов альтернативным средством являются топические ингибиторы кальциневрина: такролимус, 0, 1% мазь наружно 2 раза в сутки в виде аппликаций или такролимус, 0, 03% мазь наружно 2 раза в сутки в виде аппликаций, или пимекролимус, 1% крем наружно 2 раза в сутки в виде аппликаций.

ЗАДАЧА 2

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 47 лет с жалобами на появление пятен на коже кистей.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 10 лет, когда после ожога появились единичные пятна на коже тыльной поверхности кистей. Площадь депигментированных пятен медленно увеличивается. Кроме того, на местах травматизации появляются новые пятна. Появление новых пятен сопровождается легким зудом.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-1; Р-1, менопауза с 50 лет. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: Поражение кожи хронического не воспалительного характера. Высыпания располагаются на коже тыльной поверхности кистей. Высыпания представлены отдельными депигментированными пятнами молочно-белого цвета неправильной формы диаметром от 2 см до 5 см, с четкими границами.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Какие немедикаментозные методы лечения данного заболевания применяют. Перечислите методы профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить витилиго.
2. Диагноз витилиго основывается на данных анамнеза и клинической картине заболевания — наличии на коже пятен молочно-белого цвета с четкими контурами и типичной локализацией. При первичном осмотре целесообразно фиксировать вид и расположение белых пятен путем фотографирования. Для более четкой визуализации очагов витилиго и проведения дифференциальной диагностики рекомендуется их осмотр с использованием лампы Вуда. Гистологическое исследование биоптатов кожи показано в случаях, когда диагноз не ясен и клинически невозможно определить вариант дисхромии кожи.
3. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм является одним из наиболее эффективных методов лечения витилиго. Облучения начинают с дозы 0, 1—0, 25 Дж/см², процедуры проводят с режимом 2—3 раза в неделю (но не 2 дня подряд). Каждую последующую процедуру разовую дозу увеличивают на 5—20% до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями. В дальнейшем при наличии эритемы разовую дозу оставляют постоянной, при отсутствии эритемы дозу увеличивают на 5—20%. На курс назначают от 20 до 100 процедур и более.
4. Широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (син. селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм) способствует уменьшению активности течения заболевания. Облучения начинают с дозы, равной 0, 01—0, 025 Дж/см² или составляющей 25—30% от минимальной эритемной дозы. Последующие разовые дозы увеличивают через каждые 2—4 процедуры на 1/4—1/3 до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями, после чего дозу оставляют постоянной. Максимальная разовая доза варьирует от 0, 1 до 0, 59 Дж/см². Процедуры проводят с режимом 2—3 раза в неделю. На курс назначают от 20 до 100 процедур и более.
5. Лечение ультрафиолетовым эксимерным лазерным излучением с длиной волны 308 нм. Минимальная эритемная доза в очагах витилиго эквивалентна минимальной эритемной дозе (100 мДж/см²), регистрируемой у больных с I фототипом кожи, в связи с чем облучения начинают с дозы, равной 50—100 мДж/см². При локализации очагов витилиго на коже лица, шеи и подмышечных впадин начальная доза облучения составляет 50 мДж/см² (0, 5 минимальной эритемной дозы). При расположении очагов поражения на туловище или конечностях лечение начинают с разовой дозы 100 мДж/см² (1 минимальная эритемная доза). Процедуры проводят с режимом 2 раза в неделю. Дозу облучения увеличивают каждую процедуру или каждую 2-ю процедуру на 25—100 мДж/см² (0, 25—1 минимальная эритемная доза) до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями. При последующих процедурах дозу оставляют постоянной или увеличивают на 25—50 мДж/см² (0, 25—0, 5 минимальной эритемной дозы) в зависимости от наличия и интенсивности эритемы, а также индивидуальной переносимости пациентом лечения. На курс назначают от 20 до 60 процедур и более.
6. Лечение ультрафиолетовым эксимерным монохроматическим светом с длиной волны 308 нм. В зависимости от локализации очагов депигментации начальная доза облучения со-

ставляет 0,05—0,2 Дж/см² (50—70% минимальной эритемной дозы). Процедуры проводят с режимом 2 раза в неделю. Разовую дозу облучения увеличивают каждую процедуру или через 1—2 процедуры на 0,05—0,1 Дж/см² (на 10—40% минимальной эритемной дозы) до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями, после чего оставляют постоянной. На курс назначают от 20 до 60 процедур и более.

7. ПУВА-терапия с пероральным применением фотосенсибилизатора. Амми большой плодов фурукумарины 0,8 мг/кг массы тела перорально однократно за 2 часа до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом (длина волны 320—400 нм) или метоксален 20 мг (2 капсулы) перорально однократно за 2—4 часа до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом (длина волны 320—400 нм).
8. Облучения начинают с дозы УФА, составляющей 25—50% от минимальной фототоксической дозы, или с 0,1—0,5 Дж/см². Процедуры проводят 2—3 раза в неделю (но не 2 дня подряд). При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую вторую-третью процедуру на 10—20% или на 0,2—0,5 Дж/см². При появлении слабо выраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Максимальное значение разовой дозы облучения — 5 Дж/см². ПУВА-терапию проводят в виде повторных курсов, состоящих из 15—25 процедур с интервалом 1—3 месяца, или одного продолжительного курса, включающего 100 процедур и более. Следует учитывать, что данный метод лечения имеет ряд побочных эффектов, ограничивающих его применение: фотосенсибилизация глаза, риск развития катаракты и рака кожи. Нередко ПУВА-терапия приводит к выраженной гиперпигментации и формированию резкого контраста между пораженной, репигментированной и видимо здоровой кожей.
9. Больным рекомендуется избегать стрессовых ситуаций, интенсивного солнечного облучения, травматизации кожи. При солнечной погоде необходимо защищать пораженную кожу от солнечных лучей фотозащитными средствами.

ЗАДАЧА 3

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 58 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 1,5 лет, когда впервые отметила появление высыпаний на коже локтевых и коленных суставах, тыльной стороне кистей, запястьях. К врачу не обращалась, самостоятельно использовала смягчающие кремы, без эффекта. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-3; Р-3. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: Кожный процесс носит распространенный, симметричный характер, локализуется на коже живота, локтевых сгибах, тыльной стороне кистей и стоп, голени.

Высыпания представлены множественными, рассеянными блестящими папулами и пятнами розового цвета с фиолетовым оттенком. Некоторые из них сливаются между собой, придавая очагам сетчатый вид.

Результаты обследования: Биопсия кожи: При морфологическом исследовании в верхнем и среднем слоях дермы наблюдаются хронические инфильтраты и гранулематозное воспаление, очаги некробиоза соединительной ткани, окруженные частоколом гистиоцитов; гигантские многоядерные клетки.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение. Перечислите методы профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить кольцевидную гранулему.
2. В пользу данного диагноза свидетельствует характерная клиническая картина и результаты гистологического исследования.
 - токоферола ацетат: 200-400 мг в сутки перорально в течение 20-40 дней;
 - витамин Е + ретинол 1 драже 1-3 раза в день перорально в течение 1 месяца;
 - аскорбиновая кислота + рутин: 1 таблетка 3 раза в день перорально в течение 20-40 дней.
 - Наружно рекомендовано использовать тГКС: метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь, эмульсия 0, 1% 1 раз в сутки вечером в течение 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2-3 недель, мометазона фуроат крем, мазь, лосьон 0, 1% 1 раз в сутки вечером в течение 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2-3 недель, клобетазола пропионат, крем, мазь 0, 05% 1 раз в сутки вечером в течение 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2-3 недель.
3. Немедикаментозная терапия:
Криотерапия 1 раз в 7-10 дней, на каждый очаг по 3-5 процедур. При этом обрабатывают всю поверхность небольших очагов и активные края более крупных очагов (диаметром более 4 см). Возможны временные побочные эффекты (боль, образование пузыря и местный отек) и продолжительные осложнения (очаговая гипопигментация и периферическая гиперпигментация).

ЗАДАЧА 4

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 43 лет с жалобами на появление двусторонних залысин на лбу и темени, субъективно не беспокоящих.

Анамнез заболевания: Первые проявления выпадения волос в области лба появились 6 лет назад и затем постепенно распространились на область темени.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена.

Локальный статус: Кожный патологический процесс носит ограниченный симметричный не воспалительный характер.

Локализуется на коже волосистой части головы преимущественно в лобно-теменной области. Представлен участками поредения волос в лобно-теменной области. Тест на натяжение волос отрицательный.

При дерматоскопии определяются волосы разного диаметра, пушковые волосы, растущие из миниатюризированного фолликула.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больного? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза? Определите стадию заболевания по шкале Норвуда-Гамильтона
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациента можно заподозрить андрогенетическую алопецию. Диагноз андрогенетической алопеции устанавливается на основании клинических данных. Рекомендовано проведение дерматоскопии и для исключения наличия гиперандрогении исследование уровня общего тестостерона в крови, исследование свободного тестостерона в крови, исследование уровня дигидротестостерона в крови, исследование уровня андростендиона в крови, исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата в крови, исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови, исследование уровня глобулина, связывающего половые гормоны, в крови, исследование уровня пролактина в крови. 2 стадия по шкале Норвуда-Гамильтона.

2. Применение топических препаратов миноксидила 5% в течение года. Плазмотерапия аутологичной плазмой, мезотерапия. Контроль и восполнение дефицитов микроэлементов.

ЗАДАЧА 5

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 49 лет с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания: 8 лет назад впервые отметил появление симметричных синюшно-красных высыпаний на коже голеней, которые впоследствии медленно трансформировались в узлы, а также нарастал отек нижних конечностей.

В анамнезе хронические заболевания: ХОБЛ, хронический панкреатит, атопический дерматит. Наследственность отягощена: у отца бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: аллергия на шоколад, яйца, орехи, пыльцу растений. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит хронический воспалительный характер. Высыпания располагаются симметрично на коже голеней, представлены единичными узлами красно-коричневого цвета, округлой формы с четкими краями, возвышающиеся над поверхностью кожи. При пальпации элементы безболезненные, плотной консистенции. Отмечается лимфатический отек нижних конечностей с обеих сторон.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Обоснуйте. Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному. Профилактика.

ОТВЕТЫ:

1. С учетом предоставленных данных, у пациента можно заподозрить классическую форму саркомы Капоши. На коже дистальных отделов нижних конечностей появляются одно- или двухсторонние синюшно-красные пятна диаметром 1-5 см с четкими границами, напоминающие гематому. Далее элементы медленно растут, трансформируясь в плотные узелки (при слиянии формируют бляшки) и узлы. Крупные узлы на нижних конечностях темнеют (из-за отложения гемосидерина) и изъязвляются, вызывая отторжение некротизированных тканей. По периферии узелков наблюдаются выраженные отеки с явлениями лимфостаза (в дальнейшем образуются участки фиброза). Диагностика СК основана на результатах физикального обследования (характерные клинические проявления на коже и слизистых оболочках). Для верификации диагноза используют гистологическое исследование биоптатов кожи и идентификацию HHV-8 с помощью молекулярно-биологических методов исследования.
2. При локализованной форме показано: хирургическое иссечение, криодеструкция, топические средства с 9-цис-ретиноевой кислотой, лучевая терапия.
3. Профилактика: Особое внимание уделяется пациентам, получающим иммуносупрессивную терапию, с выявлением лиц, инфицированных HHV-8 и повышением их иммунного статуса. Вторичная профилактика включает диспансерное наблюдение за больными в целях предотвращения рецидива заболевания, осложнений после лечения и их реабилитацию.

ЗАДАЧА 6

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 67 лет с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания: 15 лет назад впервые отметил появление высыпаний на коже голеней в виде розовых пятен. Обратился к врачу, было назначено лечение «какими-то» мазями с поло-

жительным эффектом. На протяжении 15 лет высыпания распространялись на кожу туловища. При обращении к врачам выставлялись разные диагнозы, назначалось лечение с временным положительным эффектом.

В анамнезе хронические заболевания: ХОБЛ, хронический панкреатит. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: не отягощен. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: Поражение кожи хронического воспалительного характера. Патологический кожный процесс носит распространенный симметричный характер. На коже груди, живота, спины, плеч, разгибательной поверхности локтевых суставов, предплечий, ягодичной области, бедер и голеней наблюдаются эритематозно-сквамозные пятнистые элементы буровато-розового цвета, а также множественные бляшки неправильных очертаний, цвет которых варьирует от бледно-розового до застойно-розового цвета, с умеренной инфильтрацией и выраженным средне- и мелкопластинчатым шелушением на поверхности. На поверхности отдельных очагов на коже спины имеются чешуйко-корки желтоватого цвета. На коже туловища и верхних конечностей – точечные и линейные эскориации, покрытые серозно-геморрагическими корками. На коже стоп – умеренный гиперкератоз. Субъективно – выраженный зуд.

Результаты обследования: Биопсия кожи с гистологическим исследованием: Эпидермис утолщен с незначительным акантозом, гиперкератозом, очаговым паракератозом, выраженным спонгиозом. В дерме вдоль нижней границы эпидермиса и периваскулярно инфильтрат, состоящий из лимфоцитов различной формы и размеров, в том числе с крупными гиперхромными ядрами неправильной формы и с примесью большого количества малых лимфоцитов и единичных эозинофилов. Выраженный эпидермотропизм с формированием микроабсцессов Потрие.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Какова распространенность данного заболевания?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. С учетом предоставленных данных, у пациента можно заподозрить грибовидный микоз. Грибовидный микоз является наиболее часто встречающейся формой кожной Т-клеточной лимфомы и составляет 1% всех неходжскинских лимфом, 50% первичных лимфом кожи и 65% кожных Т-клеточных лимфом. Заболеваемость в мире равна 6-7 случаев/106 с регулярным повышением в последние десятилетия.
2. У пациентов с IA-IV и ПА стадиями используются следующие виды наружной терапии: топические глюкокортикостероидные препараты (бетаметазона дипропионат 0, 05% или мометазона фуорат 0, 1%) наносятся на поверхность высыпаний 2 раза в день до полного разрешения.
3. Узковолновое ультрафиолетовое облучение спектра В 311 нм проводится 2-3 раза в неделю, первая экспозиция должна быть не более 70% от ранее определенной минимальной эритемной дозы. Последующие экспозиции проводятся следующим образом: при отсутствии эритемы- время экспозиции увеличивается на 40%, при слабой эритеме- на 20%, при выраженной эритеме- остается тем же. Рекомендовано для пятен и тонких бляшек, отсутствуют выраженные побочные эффекты.
4. ПУВА-терапия. За 2 часа до облучения пациент принимает перорально 8-метоксипсорален в дозе 0, 6 мг на кг массы тела, начальная доза облучения зависит от типа кожи (0, 25-1, 0 Дж/см²), затем с каждым сеансом доза повышается на 0, 25-0, 5 Дж/см² или более в зависимости от выраженности эритемы. Лечение проводится 3-4 раза в неделю до разрешения высыпаний (30-35 сеансов). Общая доза варьирует от 50 до 80 Дж/см²- что бывает достаточным для достижения клинической ремиссии. Применяется при распространенных более инфильтрированных элементах-фолликулярной форме. Побочные эффекты включают эритему, тошноту, фоточувствительность и фото-карциногенез.
5. Локальная лучевая терапия используется у пациентов с небольшим количеством высыпаний (10-20 Gy на курс).

6. Тотальное облучение кожи (ТОК) проводится пациентам с распространенными высыпаниями и может назначаться как терапия первой или второй линии в дозе 20-30 Gy с T2 и T3 стадиями с отсутствием эффекта от топической терапии (максимальная доза на курс 36 Gy). ТОК проводится с использованием нескольких (чаще всего шести) электронных полей (переднее, заднее-правое и левое передние косые поля, правое и левое задние косые поля). Во время лечения экранируются глаза и ногти. Сеанс лечения обычно длительный и трудоемкий. РОД 1-1, 2-1, 5 Гр-СОД30-40 Гр. Необходимо помнить о лучевых повреждениях (эритема кожи, алопеция, дистрофия ногтей, выраженная сухость кожи), которые у большинства больных являются обратимыми (< 2 лет). ПУВА-терапия используется в виде поддерживающего лечения после ТОК.
7. При отсутствии или недостаточном эффекте местного лечения для терапии второй линии при ранних стадиях могут использоваться: ретиноиды (изотретиноин, этретинат) 0, 5-1 мг на кг массы тела в течение 2-3 месяцев.
8. Интерферон-а (IFN-а) также может использоваться как препарат первой линии для ПВ-III и эффективен в умеренно высоких дозах: 3-10 млн МЕ ежедневно или 3 раза в неделю. Лечение проводят до достижения полного контроля (отсутствия признаков дальнейшего прогрессирования). Можно комбинировать с ПУВА-ретиноидами и химиотерапией.
9. Метотрексат 25-75 мг в неделю. Лечение проводят до достижения полного контроля (отсутствия признаков дальнейшего прогрессирования) или до появления признаков неприемлемой токсичности. Можно комбинировать с IFN-а.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 45 лет, у которого диагностирован ранний нейросифилис.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение больному.
2. Клинико-серологический контроль больных с нейросифилисом.

ОТВЕТЫ:

1. Лечение больных ранним нейросифилисом: -бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 12 млн ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно в течение 1, 5—2 часов. Растворы используют сразу после приготовления. По окончании курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн. ЕД -бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно медленно в течение 3—5 минут в локтевую вену. По окончании курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн ЕД.
2. Больные нейросифилисом независимо от стадии должны находиться на КСК не менее 3 лет с обязательным контролем состава ЦСЖ 1 раз в 6—12 месяцев. Сохранение патологических изменений (с учетом нетрепонемных тестов) является показанием к дополнительному лечению.
Стойкая нормализация состава ЦСЖ, даже при сохранении остаточных клинических проявлений, является показанием к снятию с учета.

ЗАДАЧА 8

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 45 лет, у которого диагностирован поздний нейросифилис.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение больному.
2. Клинико-серологический контроль больных с нейросифилисом.

ОТВЕТЫ:

1. Лечение больных поздним нейросифилисом: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 12 млн ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. По окончании 20-дневного курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн ЕД. Через 2 недели после инъекции бициллина-1 проводят второй курс лечения по аналогичной схеме: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. По окончании 20-дневного курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн ЕД 1 раз в 5 дней. Через 2 недели после инъекции бициллина-1 проводят второй курс лечения по аналогичной схеме.
2. Больные нейросифилисом независимо от стадии должны находиться на КСК не менее 3 лет с обязательным контролем состава ЦСЖ 1 раз в 6—12 месяцев. Сохранение патологических изменений (с учетом нетрепонемных тестов) является показанием к дополнительному лечению.
3. Стойкая нормализация состава ЦСЖ, даже при сохранении остаточных клинических проявлений, является показанием к снятию с учета.

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 23 лет с жалобами на появление 3 дня назад болезненности при мочеиспускании, частых позывов к мочеиспусканию, выделений из мочеиспускательного канала.

Анамнез заболевания: считает себя больным 3 дня, когда через 6 дней после полового контакта с малознакомой женщиной отметил появление выделений из уретры, рези при мочеиспускании и частых позывов к мочеиспусканию. Самостоятельно не лечился, обратился для диагностики и лечения.

Анамнез жизни: перенесенные и хронические заболевания: хронический тонзиллит. Наследственность: не отягощена. Аллергоанамнез: аллергия на бисептол в виде токсидермии. Курит по 10-12 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: Наружные половые органы сформированы правильно, органы мошонки не увеличены, безболезненны. Губки уретры отечны, гиперемированы, выделения скудные слизистые. Субъективно: рези при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите критерии излеченности.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить гонококковую инфекцию нижних отделов мочеполового тракта. Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований- обнаружении *N. gonorrhoeae* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:
 - микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Метод обладает высокой чувствительностью (90-100%) и специфичностью (90-100%) при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями гонококковой инфекции. Характеризуется низкой чувствительностью (45-64%) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции;
 - культурального исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Метод позволяет определять чувствительность гонококков к антибактериальным препаратам;

-молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

2. Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез проводится следующими препаратами: цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно или цефиксим 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин 2, 0 г внутримышечно однократно.
3. Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ЗАДАЧА 10

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 42 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся зудом, болезненностью при мочеиспускании.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течении 5 дней, когда впервые заметил боль при мочеиспускании и зеленые выделения из уретры. Отмечает также учащение позывов к мочеиспусканию. 10 дней назад был половой контакт с малознакомой женщиной, средства барьерной контрацепции не использовал. В анамнезе отмечает половые акты без использования барьерных средств контрацепции.

Анамнез жизни: перенесенные и хронические заболевания: хронический гепатит С. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Курит по 10-12 сигарет в день, алкоголем злоупотребляет.

Локальный статус: При объективном осмотре мужские половые органы развиты правильно, органы мошонки, половой член нормальных размеров, без аномалий развития, опухолевых образований. Специфических высыпных элементов нет. Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, из которого свободно стекают гнойные выделения.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей. При пальпации предстательная железа безболезненная, плотно-эластичная, размером около 3 см.

Результаты обследования:

Микроскопическое исследование: Грамотрицательный диплококк бобовидной формы

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите критерии излеченности.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить гонококковую инфекцию нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез.
2. Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез проводится следующими препаратами: цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно или цефиксим 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин 2, 0 г внутримышечно однократно.
3. Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ЗАДАЧА 11

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 23 лет с жалобами на высыпания головке полового члена, сопровождающиеся жжением и зудом.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 дней, когда впервые высыпания появились.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: отрицает. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: неженат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 дня назад.

Локальный статус: на фоне гиперемии и отека слизистых оболочек в области головки полового члена имеются множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, после вскрытия которых образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом эрозии размером 2-4 мм. Отмечается увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите меры профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить генитальный герпес. В данной клинической ситуации назначение каких-либо дополнительных методов исследования для установления диагноза не требуется. Однако, учитывая беспорядочные половые связи рекомендовано провести обследование на сифилис и ИППП.
2. Больному необходимо назначить: ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5 дней или ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней, или ацикловир 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 2 дней, или валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, или валацикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня, или фамцикловир 125 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, или фамцикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня. Основные меры профилактики включают использование презервативов при половых контактах, исключение случайных связей, регулярное обследование у врача и своевременное лечение.

3.1.6. Практические навыки

1 семестр

ПК-2; ПК-5

1. Оформление медицинской карты стационарного и амбулаторного больного.
2. Оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
3. Оформление согласия на обработку персональных данных
4. Принципы диагностики кожных болезней
5. Методика обследования кожного больного.

ПК-2; ПК-5; ПК-6

4. Дерматиты и фотодерматозы. Токсидермии.
5. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ).
6. Экзема
7. Атопический дерматит

8. Псориаз
9. Красный плоский лишай
10. Пруриго
11. Лишай Видаля
12. Крапивница
13. Хейлиты
14. Пиодермии
15. Атипичные пиодермии
16. Актиномикоз
17. Чесотка
18. Педикулез
19. Простой герпес
20. Опоясывающий герпес
21. Контагиозный моллюск
22. Бородавки

2 семестр

ПК-2; ПК-5; ПК-6

1. Пемфигусы
2. Пемфигоиды
3. Герпетиформный дерматит Дюринга
4. Доброкачественная семейная пузырчатка Хейли-Хейли
5. Розовый лишай Жибера
6. Нейтрофильные дерматозы
7. Болезни сальных желез. Акне. Акнеформные дерматозы
8. Розацеа. Демодекоз
9. Периоральный дерматит
10. Красная волчанка
11. Дерматомиозит
12. Склеродермия и склеродермоподобные реакции
13. Васкулиты кожи
14. Пигментно-пурпурозные дерматозы
15. Красный волосистой отрубевидный лишай Девержи
16. Болезнь Дарье
17. Ладонно-подошвенные кератодермии
18. Трофические язвы
19. Узловатая эритема
20. Стойкие эритемы
1. Отрубевидный лишай
2. Малассезия-фолликулит
3. Себорейный дерматит
4. Микоз волосистой части головы
5. Микоз гладкой кожи и складок
6. Микоз кистей и стоп
7. Онихомикоз
8. Кандидоз
9. Глубокие микозы

3 семестр

ПК-2; ПК-5; ПК-6

1. Методика обследования больного сифилисом
1. Методы диагностики ИППП
2. Урогенитальный трихомониаз у мужчин
3. Хламидийная инфекция у мужчин
4. Урогенитальный трихомониаз у женщин
5. Хламидийная инфекция у женщин
6. Бактериальный вагиноз
7. Урогенитальный кандидоз
8. Уреаплазмоз
9. Микоплазмоз
10. Папилломавирусная инфекция аногенитальной области

4 семестр

ПК-2; ПК-5; ПК-6

1. Саркоидоз. Саркоидные реакции
2. Витилиго
3. Кольцевидная гранулема
4. Заболевания ногтей. Алопеции
5. Третичный сифилис
6. Нейросифилис
7. Гонорея у мужчин
8. Гонорея у женщин
9. Генитальный герпес
10. Доброкачественные опухоли кожи
11. Предраковые заболевания кожи и слизистых
12. Злокачественные опухоли кожи
13. Меланоцитарные невусы
14. Т-клеточные лимфомы кожи
15. В-клеточные лимфомы кожи
16. Лимфоцитоз

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Вопросы для экзамена

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

1 семестр

1. История развития дерматовенерологии с древних времен до современности. Актуальные проблемы современной дерматовенерологии.
2. Организация оказания специализированной дерматовенерологической медицинской помощи в Российской Федерации.
3. Вопросы медицинской экспертизы кожных и венерических болезней.
4. Правила ведения медицинской документации в дерматовенерологии при поступлении больных.
5. Правила ведения медицинской документации в период нахождения больного в стационаре: заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного (истории болезни).
6. Правила ведения медицинской документации при выписке стационарного больного.

7. Оформление документации при представлении больных на врачебную комиссию для продления нетрудоспособности и т. д.
8. Правила ведения медицинской документации в КВД.

УК-1; ПК-5:

9. Общая характеристика кожного покрова человека.
10. Строение и функции эпидермиса.
11. Строение и функции эпидермо-дермального соединения.
12. Строение и функции дермы и гиподермы.
13. Клеточный состав эпидермиса и дермы.
14. Соединительнотканый компонент дермы.
15. Кровеносная и лимфатическая система кожи.
16. Принципы оценки кожной сыпи и постановки диагноза в дерматовенерологии. Сосудистые кожные реакции. Дермографизм.
17. Клинико-морфологическая характеристика бесполостных первичных элементов кожной сыпи.
18. Клинико-морфологическая характеристика полостных первичных элементов кожной сыпи.

УК-1; ПК-6; ПК-8:

19. Принципы системного лечения пациентов с дерматозами: гормональная терапия. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их минимизация.
20. Принципы системного лечения пациентов с дерматозами: иммуностимулирующая и иммуносупрессивная терапия. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их минимизации.
21. Принципы системного лечения пациентов с дерматозами: антибиотикотерапия, противогрибковая и противовирусная терапия. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их минимизации.
22. Наружная терапия в дерматологии. Основные правила наружной терапии. Принципы выбора лекарственной формы в зависимости от характера воспалительного процесса в коже.
23. Основные формы лекарственных средств, применяемых при остром воспалительном процессе: определение, характеристика, механизм действия, противопоказания, правила применения.
24. Основные формы лекарственных средств, применяемых при подостром воспалительном процессе: определение, характеристика, механизм действия, противопоказания, правила применения.
25. Основные формы лекарственных средств, применяемых при хроническом воспалительном процессе: определение, характеристика, механизм действия, противопоказания, правила применения.
26. Топические глюкокортикостероиды: классификация, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
27. Ингибиторы кальциневрина: механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
28. Топические противогрибковые препараты: классификация, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
29. Физиотерапевтические методы лечения в дерматовенерологии.
30. Фототерапия в дерматологии: виды, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

31. Дерматиты. Этиология. Облигатные и факультативные раздражители. Патогенез, Классификация. Дифференциальный диагноз между простым контактным и аллергическим контактным дерматитом.
32. Простой контактный дерматит. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
33. Аллергический контактный дерматит. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
34. Фотодерматозы. Классификация. Этиология. Патогенез. Минимальная эритемная доза.
35. Фототравматические реакции. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
36. Фотодинамические реакции. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
37. Фотоаллергические реакции. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
38. Симуляционный дерматит. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
39. Токсикодермии. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез.
40. Токсикодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
41. Фиксированная эритема. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
42. Синдром Лайелла. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
43. Синдром Стивенса-Джонсона. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
44. Многоформная экссудативная эритема. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
45. Экзема. Классификация. Отличительные особенности этиопатогенеза, клинических проявлений основных форм экземы: истинной, профессиональной и микробной.
46. Клинические проявления острой, подострой и хронической стадий экземы. Принципы наружной терапии экземы в зависимости от остроты кожного процесса (выбор формы наружных средств). Основные фармакологические группы наружных средств.
47. Основные принципы лечения пациентов с экземой. Какие факторы необходимо учитывать при назначении терапии при экземе. Группы лекарственных средств для системной терапии экземы.
48. Паратравматическая экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
49. Дисгидротическая экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
50. Бляшечная экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
51. Роговая экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
52. Варикозная экзема: этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения.
53. Сравнительная характеристика аллергического контактного дерматита и экземы.
54. Атопический дерматит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие термина "атопический марш".
55. Атопический дерматит. Клинические проявления. Оценка степени тяжести процесса.
56. Атопический дерматит. Диагностика. Лечение. Ведение пациентов в период обострения и в период ремиссии. Профилактика обострений. Реабилитация в санаторно-курортных условиях.
57. Крапивница. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
58. Ангионевротический отек Квинке. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лечение.
59. Пчесуха. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
60. Лишай Видаля. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

61. Псориаз. Определение. Этиология. Патогенез Классификация. Феномены, составляющие псориатическую триаду. Принципы общей и наружной терапии заболевания в зависимости от стадии и формы Профилактика обострений. Медицинская реабилитация.
62. Вульгарный псориаз. Клинические проявления в зависимости от стадии. Оценка степени тяжести. Лечение.
63. Псориаз кожи волосистой части головы. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
64. Осложненные формы псориаза (эритродермический, пустулезный, артропатический, экссудативный). Клинические проявления. Особенности терапии.
65. Характеристика современных методов лечения псориаза: биологическая терапия.
66. Красный плоский лишай. Этиология. Патогенез. Классификация.
67. Красный плоский лишай с поражением кожи. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
68. Красный плоский лишай с поражением слизистых оболочек. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение.
69. Хейлиты: определение, классификация. Этиопатогенез.
70. Эксфолиативный хейлит: клинические проявления, диагностика, лечение.
71. Гландулярный хейлит: клинические проявления, диагностика, лечение.
72. Лейкоплакия: клинические проявления, диагностика, лечение.
73. Хроническая трещина губы: клинические проявления, диагностика, лечение.
74. Пиодермии. Определение. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация. Диагностика, основные принципы лечения и профилактика пиодермий.
75. Поверхностные стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
76. Глубокие стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
77. Смешанные стрепто-стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
78. Пиодермии. Определение. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация.
79. Диагностика, основные принципы лечения и профилактика пиодермий.
80. Поверхностные стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
81. Глубокие стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
82. Смешанные стрепто-стафилодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
83. Стрептодермии поверхностные. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
84. Глубокие стрептодермии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
85. Гангренозная пиодермия. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
86. Хроническая диффузная стрептодермия. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
87. Актиномикоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
88. Актиномикоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
89. Чесотка. Особенности строения чесоточного клеща, жизненный цикл чесоточного клеща, его устойчивость во внешней среде, пути передачи чесотки.
90. Чесотка: клиническая картина, основные клинические формы, осложнения чесотки, особенности течения заболевания у взрослых и детей, лабораторная диагностика.
91. Лечение, профилактика и противоэпидемические мероприятия при чесотке.
92. Особенности лечения чесотки у беременных и детей.
93. Педикулез: определение, виды, клинические проявления, осложнения.
94. Педикулез: лечение и профилактика распространения.
95. Вирусные заболевания кожи. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
96. Бородавки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
97. Контагиозный моллюск. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
98. Простой пузырьковый лишай. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
99. Опоясывающий лишай. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
100. Герпетиформная экзема Капоши. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

2 семестр

1. Симуляционный дерматит, как проявление патомимии. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Розовый лишай Жибера. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
3. Розовый лишай Жибера. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Розацеа. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
5. Розацеа. Диагностика. Лечение.
6. Себорея. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
7. Акне. Этиология. Патогенез. Классификация.
8. Акне. Клинические проявления. Оценка степени тяжести.
9. Акне. Лечение.
10. Биологические функции действие ретиноидов. Показания и противопоказания к использованию изотретиноина. Контроль перед началом и во время лечения.
11. Дозы и особенности применения изотретиноина. Взаимодействие ретиноидов с другими лекарственными препаратами.
12. Топические ретиноиды. Показания к применению.
13. Побочные эффекты лечения ретиноидами.
14. Акнеформные дерматозы. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
15. Периоральный дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
16. Периоральный дерматит. Диагностика. Лечение.
17. Демодекоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
18. Демодекоз. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
19. Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
20. Понятие о буллезных дерматозах. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика.
21. Акантолитические пузырьчатки. Этиология. Патогенез. Классификация.
22. Акантолитические пузырьчатки. Диагностика. Лечение.
23. Вульгарная пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
24. Вегетирующая пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
25. Листовидная пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
26. Себорейная пузырьчатка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
27. Доброкачественная хроническая семейная пузырьчатка Гужеро-Хейли-Хейли. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
28. Буллезный пемфигоид Левера. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
29. Рубцующийся пемфигоид. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
30. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
31. Нейтрофильные дерматозы. Синдром Свита. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Нейтрофильные дерматозы. Гангренозная пиодермия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
33. Нейтрофильные дерматозы. Пустулез ладонно-подошвенный. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Нейтрофильные дерматозы. Субкорнеальный пустулез Снеддона-Уилкинсона. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
35. Диффузные болезни соединительной ткани. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина.
36. Диффузные болезни соединительной ткани. Красная волчанка. Диагностика. Лечение.
37. Диагностические критерии системности красной волчанки.

38. Диффузные болезни соединительной ткани. Склеродермия. Этиология. Патогенез. Классификация. Ограниченная склеродермия. Формы. Клиническая картина.
39. Диффузные болезни соединительной ткани. Склеродермия. Диагностика. Лечение.
40. Системная склеродермия. Формы.
41. Диффузные болезни соединительной ткани. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина поражений кожи и внутренних органов.
42. Диффузные болезни соединительной ткани. Дерматомиозит. Диагностика. Лечение.
43. Васкулиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Лечение. Профилактика.
44. Васкулиты дермальные. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
45. Васкулиты дермально-гиподермальные. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
46. Васкулиты гиподермальные. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
47. Ихтиоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
48. Вульгарный ихтиоз. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
49. Ихтиоз рецессивный, X-сцепленный. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
50. Врожденные ихтиозы. Клиническая картина.
51. Болезнь Дарье. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
52. Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
53. Порокератоз Мебелли. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
54. Ладонно-подошвенные кератодермии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
55. Ладонно-подошвенные кератодермии. Диагностика. Лечение.
56. Пигментно-пурпурозные дерматозы. Болезнь Шамберга. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
57. Трофические язвы. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
58. Узловатая эритема. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, лечение.
59. Стойкие эритемы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления, диагностика, лечение.
60. Лепра. Этиология. Эпидемиология. Классификация.
61. Лепра. Клинические типы. Клинические проявления.
62. Лепра. Диагностика. Лечение и профилактика лепры.
63. Лейшманиоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
64. Лейшманиоз. Диагностика. Лечение.
65. Боррелиоз. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления.
66. Боррелиоз. Диагностика. Лечение. Специфическая профилактика клещевого боррелиоза.
67. Дерматомикозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
68. Диагностика дерматомикозов.
69. Лечение и профилактика дерматомикозов. Противоэпидемические мероприятия, заполнение документации.
70. Разноцветный лишай. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
71. Себорейный дерматит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
72. Малассезия – фолликулит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
73. Пьедра. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.

74. Микроспория. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
75. Трихофития. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
76. Микоз гладкой кожи. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
77. Микоз волосистой части головы. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
78. Критерии излеченности грибковых поражений волосистой части головы и гладкой кожи. Допуск к посещению д/сада, школы. Профилактические мероприятия в парикмахерских, детских коллективах, в сельском хозяйстве.
79. Онихомикоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
80. Микоз стоп и кистей. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
81. Favus. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
82. Паховая эпидермофития. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
83. Руброфития (рубромикоз). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
84. Кандидоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
85. Поверхностный кандидоз околоногтевых валиков, ногтей, кожи и слизистых оболочек. Клиника, диагностика.
86. Висцеральный кандидоз. Клиника, диагностика.
87. Генерализованный хронический (гранулематозный) кандидоз.
88. Лечение и профилактика кандидоза кожи.
89. Плесневые микозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника.
90. Диагностика, лечение, профилактика плесневых микозов.
91. Профессиональные микозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика
92. Споротрихоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика.
93. Хромомикоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика.
94. Эритразма. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика
95. Подкрыльцовый трихонокардиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика.
96. Особенности клиники и диагностики течения микозов у больных с ВИЧ-инфекцией.
97. Меры первичной и вторичной профилактики грибковых заболеваний кожи.

УК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4:

98. Противоэпидемические мероприятия при микроспории. Заполнение документации.

3 семестр

1. Парапсориаз мелкобляшечный. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Парапсориаз мелкобляшечный. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
3. Парапсориаз крупнобляшечный. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
4. Острый лихеноидный пситириаз Мухи-Хабермана. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
5. Лихеноидный хронический пситириаз. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
6. Фототерапия при парапсориазе. Виды, показания, противопоказания.

7. Организация медицинской помощи больным с парапсориазом. Диспансерное наблюдение. Реабилитация и профилактика.
8. Дерматозы и кожные изменения, ассоциированные с заболеваниями внутренних органов.

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4:

9. Дерматологические проявления ВИЧ-инфекции.
10. Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию. Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции. Санитарно-противоэпидемические мероприятия при ВИЧ-инфекции. Профилактика, гигиеническое воспитание населения.

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-9:

11. Общая патология сифилиса. Возбудитель: морфологические и биологические особенности. Условия и пути заражения сифилисом. Понятие об источнике инфекции и контактах.
12. Методы диагностики сифилиса. Темнопольная микроскопия бледной трепонемы. Серологическая лаборатория. Диагностическая интерпретация серологических реакций при сифилисе.
13. Методика обследования больного сифилисом. Сбор анамнеза. Осмотр и описание кожного покрова, слизистых оболочек, области гениталий.
14. Общее течение, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса.
15. Понятия: иммунитет, суперинфекция, реинфекция при сифилисе. Экспериментальный сифилис. Его значение для клинической венерологии.
16. Первичный сифилис. Длительность. Клинические проявления. Диагностика.
17. Первичный сифилис. Лечение. Современные особенности первичного сифилиса.
18. Разновидности твердых шанкров. Атипичные и осложненные твердые шанкры.
19. Клинические особенности твердых шанкров при локализации на губах, слизистой полости рта, складках ануса, и шейки матки др.
20. Сифилис вторичный кожи и слизистых. Общая характеристика. Клинико-лабораторные различия вторичного сифилиса давностью до 4 месяцев (свежего) и более 4 месяцев (рецидивного).
21. Вторичный сифилис кожи и слизистых. Клиническая характеристика пятнистого и папулезного сифилидов. Диагностика. Принципы лечения.
22. Вторичный сифилис кожи и слизистых. Клиническая характеристика пустулезного сифилида, лейкодермы и алопеции. Диагностика. Принципы лечения.
23. Сифилис и беременность. Врожденный сифилис. Классификация. Сифилис плода.
24. Ранний врожденный сифилис. Клинические проявления и течение врожденного сифилиса у детей грудного и раннего детского возраста, диагностика, принципы лечения.
25. Поздний врожденный сифилис. Достоверные, вероятные и дистрофические признаки. Триада Гетчинсона. Поражение кожи, слизистых оболочек, зубов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы.
26. Сифилис у ВИЧ-инфицированных.
27. Этиотропные препараты, используемые в терапии сифилиса, их характеристика.
28. Показания и противопоказания к их применению. Неспецифическая терапия сифилиса.
29. Превентивное, профилактическое и пробное лечение при сифилисе. Показания для назначения.
30. Профилактика сифилиса, в том числе врожденного.
31. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем. Методика обследования больного с урогенитальными заболеваниями. Сбор анамнеза. Осмотр и описание кожного покрова, слизистых оболочек, области гениталий.
32. Методы диагностики ИППП. Методика взятия и приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего

- прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).
36. Урогенитальный трихомониаз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.
 37. Урогенитальный трихомониаз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
 38. Хламидиоз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.
 39. Хламидиоз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
 40. Бактериальный вагиноз. Клинические проявления. Сбор анамнеза. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
 41. Урогенитальный кандидоз. Клинические проявления. Сбор анамнеза. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
 42. Уреаплазмоз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.
 43. Уреаплазмоз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
 44. Микоплазмоз у мужчин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из уретры.
 45. Микоплазмоз у женщин. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание области гениталий. План обследования и лечения. Техника забора мазка из цервикального канала.
 46. Папилломавирусная инфекция аногенитальной области. Сбор анамнеза. Клинические проявления. Осмотр и описание аногенитальной области. План обследования и лечения.
 47. Профилактика ИППП среди населения. Методы первичной и вторичной профилактики.
 48. Тропические трепаноматозы. Распространенность. Пути передачи. Возбудители. Диагностика.
 49. Фрамбезия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
 50. Донованоз (паховая гранулема). Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
 51. Пинта. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
 52. Шанкرويد. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
 53. Урогенитальные инфекции у детей. Клинические проявления. Диагностика. Профилактика.
 54. Уретроокулосиновиальный синдром (Рейтера). Клинические проявления. Диагностика. Профилактика.

4 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

55. Саркоидоз кожи. Саркоидные реакции. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики и лечения.
56. Витилиго. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

57. Кольцевидная гранулема. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
58. Заболевания ногтей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
59. Заболевания волос. Патология стержня волоса. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
60. Телогеновая алопеция. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
61. Андрогенетическая алопеция. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
62. Гнездная алопеция. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
63. Рубцовая алопеция. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
64. Трихотилломания. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-9:

65. Опухоли кожи. Понятие опухоль. Особенности опухолевого роста тканей, теории канцерогенеза, генетические аспекты канцерогенеза, факторы, способствующие канцерогенезу, стадии формирования опухоли, иммунологические особенности онкологических процессов. Классификация. Эпидемиология рака кожи.
66. Доброкачественные эпителиальные опухоли. Классификация доброкачественных эпителиальных опухолей кожи. Частота встречаемости. Этиология и патогенез. Клинико-морфологические особенности наиболее распространенных доброкачественных эпителиальных опухолей кожи (себорейный кератоз, кератоакантома, фиброэпителиальный полип). Дифференциальная диагностика. Тактика ведения и принципы терапии.
67. Предраки. Понятие об облигатном предраке и факультативном предраке кожи. Влияние длительных хронических воспалительных заболеваний кожи на развитие рака.
68. Кератозы (актинический кератоз), кожный рог, лейкоплакии, хронический хейлит, крауроз половых органов. Методы диагностики. Тактика ведения и принципы терапии.
69. Злокачественные эпителиальные опухоли. Морфологическая классификация злокачественных эпителиальных опухолей кожи. Частота встречаемости.
70. Базальноклеточный рак кожи. Особенности гистогенеза базальноклеточного рака и клинических форм, частота встречаемости. Дифференциальная диагностика. Прогноз.
71. Плоскоклеточный рак кожи. Морфологические особенности плоскоклеточного рака кожи. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Прогноз.
72. Внутриэпидермальный рак кожи. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Прогноз.
73. Основные методы радикального лечения, показания к комбинированному лечению. Влияние локализации опухоли, формы ее роста, гистологической структуры, стадии заболевания и общего состояния больного на составление индивидуального плана лечения и прогноз.
74. Доброкачественные меланоцитарные невусы: гистологическая классификация, факторы, влияющие на развитие невуса, клинические формы, приобретенный меланоцитарный невус, диспластический меланоцитарный невус, врожденный меланоцитарный невус, клиника, методы диагностики и тактика ведения больных с меланоцитарными невусами (дерматоскопия, гистология).
75. Меланома кожи. Эпидемиология, этиология и патогенез. Классификация, клиническая картина и диагностика меланом. Дифференциальная диагностика меланом. Метастазы меланомы. Прогностические факторы.
76. Лимфопролиферативные заболевания кожи. Лимфомы. Общие данные о лимфомах кожи, классификация, общая характеристика лимфом, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения лимфом кожи.

77. В-клеточные лимфомы кожи. Классификация. Клинические проявления. Диагностика.
78. Т-клеточные лимфомы кожи. Классификация. Клинические проявления. Диагностика.
79. Крупнобляшечный параспориоз. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
80. Паранеопластические дерматозы. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
81. Саркома Капоши. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
82. Бугорковый сифилид кожи и слизистых оболочек. Его разновидности. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
83. Нейросифилис. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
84. Клинико-серологический контроль после лечения различных форм сифилиса. Дополнительное лечение: показания, методики. Снятие с диспансерного учета.
85. Профилактика сифилиса: первичная и вторичная.
86. Бугорковый сифилид кожи и слизистых оболочек. Его разновидности. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
87. Нейросифилис. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
88. Клинико-серологический контроль после лечения различных форм сифилиса. Дополнительное лечение: показания, методики. Снятие с диспансерного учета.
89. Профилактика сифилиса: первичная и вторичная.

3.2.2. Ситуационные задачи для экзамена

1 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

ЗАДАЧА 1

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 36 лет с жалобами на сильный зуд, жжение и выраженное мокнутие кожи левой кисти.

При осмотре патологический процесс локализуется на коже левой руки от дистальных фаланг пальцев до лучезапястного сустава. Границы поражения четкие, кожа гиперемирована, отечна, имеются полостные элементы с серозным содержимым размером от горошины до вишни, мокнущие эрозии.

Из анамнеза известно, что больная работает лаборантом в химической лаборатории и за несколько часов до обращения пролила на кожу левой кисти реагент.

ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.
3. Укажите форму лекарственного средства, применяемую на данном этапе лечения.
4. Опишите механизм действия выбранной формы лекарственного средства.

ОТВЕТЫ:

1. Патологический процесс носит островоспалительный характер.
2. Патологический процесс нераспространенный, несимметричный, локализован на коже тыльной стороны левой кисти от дистальных фаланг пальцев до лучезапястного сустава. Представлен пузырями диаметром от 3 до 1, 5 мм, заполненными серозным содержимым, расположенными на фоне эритемы. Некоторые пузыри вскрылись с образованием эрозий с ярко-выраженной экссудацией.
3. С учетом характера воспаления и клинической картины, необходимо применять поверхностно-действующие лекарственные формы наружных средств (растворы в виде примочек).

4. Растворы, применяемые в виде примочки, вследствие усиленного испарения влаги и повышения теплопроводности, приводят к охлаждению кожи и сужению кровеносных сосудов. В результате этого снижается образование экссудата, уменьшается мокнутие, отек, гиперемия, жжение и зуд.

ЗАДАЧА 2

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 27 лет с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, сопровождающиеся зудом.

Из анамнеза известно, что с 6-месячного возраста пациент страдает атопическим дерматитом. Настоящее обострение связывает с эмоциональными переживаниями.

При осмотре выявлено: кожа пациента сухая, высыпания располагаются с обеих сторон в локтевых и подколенных сгибах, занимая 2–3% поверхности тела. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются единичные экскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована. В периорбитальной области кожа гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Имеется дополнительная складка нижнего века. Дермографизм белый стойкий.

ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.
3. Укажите форму лекарственного средства, применяемую на данном этапе лечения.
4. Опишите механизм действия выбранной формы лекарственного средства.

ОТВЕТЫ:

1. Патологический процесс носит хронический воспалительный характер.
2. Патологический процесс распространенный, симметричный, локализован на коже локтевых и подколенных сгибов, коже лица. Представлен эритемой и инфильтрацией с нечеткими границами, на фоне которых имеются единичные экскориации. Кожа в области поражения лихенифицирована. Отмечается гиперпигментация кожи век, положительный симптом Денни-Моргана гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Кожа непораженных областей сухая. Дермографизм белый стойкий.
3. С учетом характера воспаления и клинической картины, необходимо применять следующие лекарственные формы наружных средств: мази, компрессы.
4. Жир, входящий в состав лекарственного средства, препятствует испарению и уменьшению теплоотдачи. Снижение теплоотдачи вызывает согревание участка кожи, рефлекторное расширение сосудов, в результате чего усиливаются обменные процессы и происходит разрешение воспалительных инфильтратов.

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 24 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, сопровождающиеся зудом.

Из анамнеза известно, что пациент работает на стройке. Считает себя больным на протяжении 3 лет, когда впервые был установлен диагноз «экзема кистей». Настоящее обострение связывает с контактом с сыпучими строительными материалами.

При осмотре (см. фото) выявлено, что процесс располагается на тыльной поверхности кожи, ладонных и боковых поверхностей пальцев правой кисти. Дермографизм красный, нестойкий.



ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.

ОТВЕТЫ:

1. Поражение кожи хронического воспалительного характера.
2. Патологический процесс ограниченный, носит хронический воспалительный характер, располагается ассиметрично на коже тыла, ладонных и боковых поверхностей пальцев правой кисти. На фоне эритемы имеются многочисленные бляшки с шелушением диаметром от 0,2 до 2 см. Некоторые из них покрыты гнойными и серозными корками. Границы очагов четкие, округлой формы. Имеются единичные глубокие трещины в области дистальных фаланг пальцев до 0,5 см в длину, точечные эскориации. Отмечается чередование здоровых и пораженных участков. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Наблюдается изменение ногтевых пластин правой кисти по типу ониходистрофии. Ногтевые пластины тусклые, имеются борозды и точечные вдавления на ногте III пальца правой кисти. Ногтевая пластина II пальца правой кисти деформирована, имеется вдавление в центре. II ногтевая пластина истончена, отполирована до блеска.

ЗАДАЧА 4

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 38 лет с жалобами на высыпания на коже спины, сопровождающиеся зудом и жжением.

Считает себя больным на протяжении 3 дней, когда после сильного переохлаждения появился дискомфорт в области правой лопатки.

При осмотре (см. фото) выявлено, что процесс располагается на коже спины справа в области лопатки. Дермографизм красный, нестойкий.



ВОПРОСЫ:

1. Определите характер воспаления.
2. Опишите кожный статус.

ОТВЕТЫ:

1. Поражение кожи островоспалительного характера.
2. Патологический процесс ограниченный, носит островоспалительный характер, располагается ассиметрично на коже спины в зоне иннервации Th4 – Th6 правой половины грудной клетки. Патологический процесс представлен сгруппированными везикулами, заполненными серозным содержимым, склонных к слиянию. Высыпания располагаются на фоне гиперемии. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.

ЗАДАЧА 5

Пациентке 47 лет с диагнозом псориаз в КВД по месту жительства было назначено физиотерапевтическое лечение – ПУВА-терапия. У пациентки возникли вопросы, на которые вы должны дать ответы.

ВОПРОСЫ:

1. Что из себя представляет процедура ПУВА-терапии?
2. Каков механизм действия данной процедуры?
3. Есть ли у процедуры побочные эффекты и осложнения?

ОТВЕТЫ:

1. ПУВА –терапия представляет собой метод лечения кожных заболеваний, сочетающий воздействие длинноволнового ультрафиолетового облучения (УФА) с применением фотосенсибилизаторов, повышающих чувствительность кожи к свету.
2. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены- препараты группы натуральных фотокумаринов (метоксален, бергаптен, триоксален), которые выпускают в форме таблеток (капсул) для перорального приема, крема, раствора для наружного применения. В коже псорален под воздействием УФА излучения активируется и взаимодействует с ДНК клетки, ингибируя репликацию ДНК с остановкой клеточного цикла, что вызывает замедление пролиферации кератиноцитов, подавляет иммунные реакции.
3. Головокружение, тошнота, рвота, анорексия; острая фототоксическая реакция; поражение глаз (фотокератит, фотофобия, слезотечение); обострение герпес вирусной инфекции и хронических заболеваний.

ЗАДАЧА 6

Пациентке 23 лет назначена узкополосная UVB-фототерапия с длиной волны 311 нм, с целью репигментации кожи при витилиго.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите противопоказания к процедуре.
2. При каких кожных заболеваниях, кроме витилиго применяется данное лечение?

ОТВЕТЫ:

1. Противопоказания к узкополосной УФВ–терапии: злокачественные новообразования кожи в анамнезе или в настоящее время, диспластические невусы и множественные врожденные пигментные невусы, наличие заболеваний, связанных с повышенной чувствительностью к действию света, беременность и период лактации, заболевания печени и почек, сопровождающиеся выраженной функциональной недостаточностью, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, заболевания щитовидной железы, гемобластозы.
2. Узкополосная УФВ-терапия (с длиной волны 311 нм) показана для лечения различных кожных заболеваний, включая псориаз, атопический дерматит, красный плоский лишай, фотодерматозы, лимфомы, бляшечную склеродермию и ихтиозы. Также она может применяться при экземе, парапсориазе, почесухе, себорейном дерматите и других дерматозах.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 55 лет с жалобами на высыпания на коже левой кисти, сопровождающиеся жжением и болезненностью.

Из анамнеза известно, что поражение кожи появилось 4 часа назад, сразу после того, как на кожу брызнула концентрированная кислота. Пациент промыл руки большим количеством воды, принял антигистаминный препарат и таблетку активированного угля.

Анамнез жизни: наследственность неотягощена; аллергические реакции на антибиотики группы пенициллина, витамины гр. В, новокаин; сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, по поводу которого принимает метформин; артериальная гипертензия, принимает капотен; работает в автосервисе, имеет постоянный контакт со смазочными маслами и нефтепродуктами; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс ограниченный, несимметричный, носит острый воспалительный, характер. Локализуется на коже тыльной поверхности левой кисти. Высыпания представлены очагами яркой эритемы с четкими границами, очертания повторяют капли попавшей на кожу жидкости. На фоне эритемы имеются отдельно расположенные пузыри диаметром от 0, 2 до 1, 5 см с прозрачным содержимым. Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены. Субъективно беспокоит жжение и болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, данных осмотра и анамнеза пациенту можно поставить диагноз простого контактного дерматита. Высыпания появились сразу после контакта с раздражающим веществом, которое относится к группе облигатных раздражителей. Формы высыпаний повторяют контуры попавшей на кожу жидкости, высыпания не распространяются. Высыпания мономорфны, сопровождаются жжением и болезненностью.
2. При ПКД часто достаточно устранение воздействия ирритантного вещества и применения наружных противовоспалительных средств, например, мометазона фуроат крем 0, 1%, 1 раз в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель. При появлении зуда можно провести медикаментозную терапию блокаторами H1-гистаминовых рецепторов. В случае присоединения вторичной инфекции добавить антибактериальные препараты местного или системного (при повышении температуры тела) действия.

ЗАДАЧА 8

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 26 лет с жалобами на высыпания на коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Из анамнеза известно, что больна с 1, 5 месяцев жизни. Заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями, развивающимися преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи весной во время цветения березы. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада, яиц и орехов. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Зуд усиливается при повышенном потоотделении. Настоящее обострение связывает со стрессовыми ситуациями на работе.

В анамнезе хронических заболеваний нет. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, Б1, Р1. Наследственность: у матери и родной сестры бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: аллергия на шоколад, яйца, орехи, пыльцу растений. Не курит, алкоголь не употребляет. Отмечает склонность к гнойничковым высыпаниям.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, распространенный характер. Локализуется симметрично на коже сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей в локтевых и подколенных сгибах, занимая 4–5% площади поверхности тела. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются множественные точечные эскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована. Кожа периорбитальной области гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Имеется дополнительная складка нижнего века. Дермографизм белый стойкий. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей истончены, отполированы до блеска.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите критерии диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. У данной пациентки можно заподозрить атопический дерматит на основании полученных данных жалоб, анамнеза и осмотра. Обнаружено сочетание основных (кожный зуд, хроническое рецидивирующее течение, лихенификация и расчесы в области сгибов конечностей, наличие атопических заболеваний у пациента или его родственни-

ков) и дополнительных (сухость кожи, гиперлинеарность кожи ладоней и подошв, склонность к кожным инфекциям, рецидивирующие конъюнктивиты, гиперпигментация кожи периорбитальной области, белый дермографизм) критериев, подтверждающее диагноз.

2. Для постановки диагноза «Атопический дерматит» необходимо сочетание основных и дополнительных критериев.

- основные диагностические критерии (3 или более): кожный зуд; типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей; хроническое рецидивирующее течение; наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников;

-дополнительные диагностические критерии (3 или более): сухость кожи (ксероз); гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз; повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови; начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет); склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*); локализация кожного процесса на кистях и стопах; экзема сосков; хейлит; рецидивирующие конъюнктивиты; симптом Денни-Моргана (дополнительная складка нижнего века); кератоконус; передняя субкапсулярная катаракта; гиперпигментация кожи периорбитальной области; бледность/эритема лица; себорейная экзема; складки на передней поверхности шеи; зуд при повышенном потоотделении; обострение процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, ирританты, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т. д.); перифолликулярная акцентуация; непереносимость пищи; сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом); белый дермографизм.

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 43 лет с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, сопровождающиеся сильным зудом.

Из анамнеза известно, что первые высыпания появились на коже голеней около месяца назад после перенесенного стресса в связи с бракоразводным процессом. Вскоре высыпания распространились на кожу верхних конечностей.

В анамнезе гипертоническая болезнь 2 стадии, II степени, высокого риска. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, 2 беременности, 1 роды, 1 аборт. Наследственность по кожным болезням неотягощена. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Локализуется на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены розовыми полигональными папулами с сиреневым оттенком с пупковидным вдавлением, при боковом освещении отмечается блеск. После разрешения элементов остается поствоспалительная гиперпигментация.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. Красный плоский лишай, типичная форма. В пользу данного диагноза свидетельствуют характерные для данного заболевания проявления: полигональные папулы с сиреневым оттенком и пупковидным вдавлением, блеск папул при боковом освещении. характерная локализация на разгибательных поверхностях конечностей, зуд. Рекомендовано также проверить симптом сетки Уикхема- на поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок.

2. В качестве системной терапии больной можно назначить ГКС- преднизолон 20-30 мг в сутки перорально в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой.
- Кроме того, гидроксихлорохин по 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1–2 месяцев (в инструкцию по медицинскому применению гидроксихлорохина красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата). С целью купирования зуда необходимо назначить антигистаминные препараты 1 поколения- мебгидролин 100 мг перорально 2—3 раза в сутки в течение 7—10 дней или клемастин 1 мг перорально или внутримышечно 2—3 раза в сутки в течение 7—10 дней. С учетом стрессовой ситуации в анамнезе, можно рекомендовать назначение гидроксизина по 25—100 мг в сутки перорально в течение 28 дней. В качестве наружной терапии назначают топические глюкокортикостероидные гормоны средней и высокой активности (возможно их чередование), например, бетаметазон (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель, или клобетазол (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—8 недель. Альтернативные препараты для топической терапии – ингибиторы кальциневрина (такролимус мазь 2 раза в сутки в течении 2-х недель).

ЗАДАЧА 10

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 54 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом.

Из анамнеза известно, что первые высыпания появились на коже голеней около полугода назад, постепенно высыпания распространились на кожу туловища и верхние конечности. По назначению дерматолога получала антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды и препарат хлорохин в течение 4 месяцев, практически без положительного эффекта.

В анамнезе гипертоническая болезнь, хронический тонзилит. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, 2 беременности, 2 родов, менопауза с 49 лет. Наследственность по кожным болезням не отягощена. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется в области сгибательных поверхностей лучезапястных суставов, боковых поверхностей туловища, груди, поясницы, на коже голеней и тыла стоп. Высыпания представлены густо расположенными на отдельных участках тела и местами сливающимися пятнами от 1 мм до 2 см в диаметре. Пятна имеют буроватую окраску с фиолетовым оттенком, неправильные очертания, четкие границы. На коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов видны единичные мелкие полигональные папулы плоской формы розовато-красного цвета с сиреневатым оттенком. При боковом освещении отчетливо виден восковидный блеск папул и центральное вдавление на их поверхности. При смачивании поверхности папул маслом можно обнаружить белесоватый сетевидный рисунок. Слизистые оболочки не поражены. Кожные покровы смуглые. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей имеют продольные борозды на поверхности. Ногти стоп без патологических изменений. Лимфатические узлы не увеличены. Субъективно в области высыпаний беспокоит слабый зуд.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. Красный плоский лишай, пигментная форма. В пользу данного диагноза свидетельствуют характерные для данного заболевания типичные проявления: наличие плоских папул диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Положительный симптом сетки Уи-

кхема- на поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок. Кроме того, пигментная форма КПЛ возникает остро, поражает значительную поверхность кожного покрова (туловище, лицо, конечности) и характеризуется множественными бурыми пятнистыми высыпаниями, которые сливаются в диффузные очаги поражения. При этом можно обнаружить как узелки, характерные для типичной формы КПЛ, так и пигментированные элементы.

2. Учитывая незначительный эффект от хиолиновых препаратов в анамнезе, может быть рекомендована терапия ГКС препаратами системного действия- преднизолон 20-30 мг в сутки перорально в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой. В случае неэффективности проводимой терапии больным КПЛ рекомендуются: ацитретин 30 мг в сутки перорально в течение 3–8 недель (в инструкции по медицинскому применению ацитретина красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата). В качестве наружной терапии назначают топические глюкокортикостероидные гормоны средней и высокой активности (возможно их чередование), например, бетаметазон (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель, или клобетазол (крем, мазь) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—8 недель. Альтернативные препараты для топической терапии – ингибиторы кальциневрина (такролимус мазь 2 раза в сутки в течении 2-х недель).

ЗАДАЧА 11

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 24 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом и жжением.

Из анамнеза известно, что первые высыпания появились на коже бедер 2 дня назад. Процесс за несколько часов распространился на кожу туловища, верхних конечностей. Появление высыпаний пациентка ни с чем связать не может. Высыпания самостоятельно регрессируют через сутки, при этом постоянно образуются новые. К врачу пациентка не обращалась, ничем не лечилась.

В анамнезе хронический гастрит. Гинекологический анамнез: менструация с 11 лет, беременности 0. Наследственность: у матери бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: неотягощен. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический процесс носит островоспалительный характер, распространенный, симметричный. Локализуется на коже верхних и нижних конечностей, туловища (преимущественно на животе). Высыпания представлены множественными волдырями, в области бедер сливающимися между собой, бледно-розового цвета. Элементы разрешаются бесследно. Субъективно беспокоит выраженный зуд.

В анализе крови: эозинофилов 17 (норма 0-5)

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, клинической картины и результатов лабораторного исследования крови у пациентки можно заподозрить острую идиопатическую (спонтанную) крапивницу. Острая спонтанная крапивница сопровождается внезапным появлением волдырей продолжительностью менее 6 недель. Клинически проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации и сопровождаются зудом, реже – жжением. Волдыри могут иметь тенденцию к слиянию в местах наибольшего трения одеждой или частей тела друг о друга (ягодицы, поясничная область, плечи, бедра).
2. При острой крапивнице рекомендуется провести медикаментозную терапию блокаторами H1-гистаминовых рецепторов. В случае отсутствия эффекта от терапии блокаторами H1-

гистаминовых рецепторов рекомендуется назначение системных глюкокортикостероидных препаратов: дексаметазон 4–16 мг в сутки внутривенно или внутримышечно до наступления выраженного клинического улучшения с дальнейшим переходом на пероральное применение.

Для уменьшения зуда и жжения при крапивнице рекомендуется использовать средства наружной терапии: теплые души и ванны, лосьоны, взбалтываемые взвеси с ментолом, анестезином, не содержащие глюкокортикостероидные препараты.

Кроме того, рекомендуется назначение элиминационной диеты. При исключении из рациона пищевого аллергена состояние улучшается через 1–2 дня. При исчезновении высыпаний начинают поэтапное введение исключенных или новых продуктов по одному через день, пока не появятся новые высыпания. Неэффективность элиминационной диеты в течение 1 месяца свидетельствует об отсутствии связи крапивницы с пищевыми продуктами и служит показанием к отмене элиминационной диеты.

ЗАДАЧА 12

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 57 лет с жалобами на высыпания на коже верхних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом и мокнутием.

Появление первых высыпаний пациент отметил на коже кистей около 8 лет назад. Самостоятельно применял мази с глюкокортикостероидами с положительным эффектом. Неделю назад, на фоне стресса отметил обострение заболевания. Начал применять тГКС (гидрокортизоновую мазь), но состояние резко ухудшилось, высыпания распространились на кожу предплечий, появилось мокнутие.

В анамнезе сахарный диабет 2 типа. Наследственность: у матери бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: не отягощен. Курит по пачке в день, алкоголь употребляет 2–3 раза в неделю.

Локальный статус: патологический процесс носит воспалительный характер, распространенный, симметричный. Локализуется на коже верхних конечностей. Наблюдается полиморфизм высыпаний. Высыпания представлены множественными многочисленными мелкими везикулезными и папулезными элементами на фоне ярко-красных участков гиперемизированной кожи с четкими границами. На местах вскрывшихся везикул видны многочисленные точечные мокнущие эрозии («серозные колодцы»), покрытые темно-вишневыми и местами желтоватого цвета корками. Субъективно беспокоит зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей имеют желтоватую окраску, тусклые, утолщенные.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, клинической картины у пациента можно заподозрить острую стадию микробной экземы. Острая стадия характеризуется появлением везикул на эритематозной и отечной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, экскориациями, реже – папулами и пустулами. В пользу микробной экземы свидетельствует наличие у больного корок желтоватого цвета. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для экземы типичен полиморфный характер высыпаний.
2. Диагностика экземы основывается на данных анамнеза и клинической картины заболевания. По показаниям, с целью дифференциальной диагностики назначают лабораторные исследования: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза, билирубин и пр.), определение IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом, при вторичном инфицировании – культуральное исследование с це-

лью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам и др. Кроме того, иногда прибегают к гистологическому исследованию биоптатов кожи. По показаниям назначают консультации смежных специалистов.

ЗАДАЧА 13

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 38 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Появление первых высыпаний пациентка отметила на коже III и IV пальцев правой кисти около 10 дней назад через сутки после использования бытовой химии. Обратилась к врачу, где ей был диагностирован простой контактный дерматит и назначена терапия антигистаминными препаратами. Прием препаратов не изменил клинической картины, лишь временно купировал зуд. Высыпания постепенно распространились на кожу тыльной поверхности кисти, появились аналогичные высыпания на левой кисти. Появилось мокнутие.

В анамнезе бронхиальная астма. Наследственность: у матери бронхиальная астма и экзема кистей. Аллергологический анамнез: аллергия на цитрусовые, шоколад. Не курит, алкоголь употребляет 2-3 раза в год. 2 недели назад перенесла сильный стресс в связи с гибелью близкого человека.

Локальный статус: патологический процесс носит островоспалительный характер, распространенный, симметричный. Локализуется на коже верхних конечностей в области кистей. Наблюдается полиморфизм высыпаний. Высыпания представлены множественными многочисленными мелкими везикулезными и папулезными элементами на фоне ярко-красных участков гиперемизированной кожи с нечеткими границами. Участки пораженной кожи чередуются с участками здоровой кожи по типу «архипелага островов». На местах вскрывшихся везикул видны многочисленные точечные мокнущие эрозии. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Согласны ли Вы с установленным диагнозом? Обоснуйте
2. Назначьте лечение, перечислите меры профилактики обострений данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. С учетом жалоб, клинической картины, отягощенного анамнеза, стресса у пациентки можно заподозрить острую экзему. Острая стадия характеризуется появлением везикул на эритематозной и отечной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, эксфолиациями, реже – папулами и пустулами. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для экземы типичен полиморфный характер высыпаний.
2. Лечение экземы следует начинать с ограничения контактов с водой, потенциальными аллергенами и irritантами. В острой стадии назначают антигистаминные препараты 1 поколения, например, клемастин 1, 0 мг перорально 12 раз в сутки или хлоропирамин 25 мг перорально 3-4 р в сутки 10-20 дней, в дальнейшем можно перейти на препараты 2 и 3 поколений, например, лоратадин по 10 мг перорально 1 раз в сутки. С учетом сильного стресса в анамнезе, данной пациентке можно назначить транквилизатор с антигистаминным эффектом, например, гидроксизин по 25 мг перорально, 2-4 раза в сутки. В качестве наружной терапии следует назначить примочки с 1% раствором танина или 2 % раствором борной кислоты 1-2 раза в сутки в течение 4-7 дней и глюкокортикостероидные препараты, например, мометазона фураат крем 0, 1% 1 раз в сутки в течение 2-4 недель. В случае присоединения вторичной инфекции для наружной терапии могут быть использованы кортикостероиды в комбинации с другими средствами или кортикостероиды в комбинации с антибиотиками, например, фузидовая кислота или мупироцин.

Для профилактики обострений следует придерживаться охранительного режима: ограничение стрессовых ситуаций, исключение контактов с потенциальными аллергенами и ирритантами, соблюдение гипоаллергенной диеты, профилактическое использование эмоленов, нейтральных моющих средств, использование х/б и резиновых перчаток при выполнении работ по дому. Одежда не должна вызывать перегрева, содержать шерстяных и синтетических компонентов.

ЗАДАЧА 14

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 39 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы и верхних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Из анамнеза известно, что болен в течение 9 месяцев, когда впервые отметил выраженное шелушение на коже волосистой части головы. В последующем появились высыпания на локтях и туловище. К врачу не обращался, лечился самостоятельно шампунями «от перхоти».

В анамнезе хронический тонзиллит. Наследственность: у отца псориаз. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит распространенный характер. Локализуется на коже волосистой части головы, туловища в области крестца, верхних конечностей. Высыпания представлены инфильтрированными бляшками розового цвета с четкими границами с умеренным шелушением диаметром от 2 до 4 см. На поверхности бляшек наблюдаются серебристо-белые чешуйки. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей не изменены, на ногтевой пластине III пальца правой стопы имеется изменение в виде желтовато-буроватого пятна диаметром 1 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. У пациента можно заподозрить вульгарный псориаз. Данное заболевание характеризуется появлением на коже папулезных элементов розово-красного цвета с четкими границами, склонных к слиянию и образованию бляшек различных очертаний и величины, покрытых серебристо-белыми чешуйками. Бляшки располагаются преимущественно на волосистой части головы, разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, в области поясницы, крестца, однако могут локализоваться на любых других участках кожного покрова. Больных может беспокоить зуд различной степени интенсивности. При псориазе очень часто поражаются ногти, при этом можно увидеть небольшие, несколько миллиметров в диаметре, красноватые и желтовато-буроватые пятна (симптом «масляного пятна»).
2. Диагноз псориаза устанавливают на основании жалоб, клинической картины заболевания, анамнеза и выявления симптомов псориатической триады:
 - симптом «стеаринового пятна» - при граттаже высыпаний они становятся интенсивно-белыми, что обусловлено паракератозом и гиперкератозом;
 - симптом «терминальной пленки» - при снятии чешуек с псориатических папул появляется блестящая красная поверхность за счет акантоза;
 - феномен Ауспитца- при осторожном поскабливании псориатических элементов после феномена «стеаринового пятна», терминальной пленки появляется точечное кровотечение, обусловленное папилломатозом.Иногда может потребоваться гистологическое исследование биоптата кожи для верификации диагноза.

ЗАДАЧА 15

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 66 лет с жалобами на высыпания на коже на верхних и нижних конечностях, сопровождающиеся интенсивным приступообразным зудом.

Из анамнеза известно, что больна в течение 1, 5 лет, когда впервые стала замечать появление небольших высыпаний цвета нормальной кожи на руках. Состояние сопровождалось выраженным зудом. Возможной причиной считает сильный психоэмоциональный стресс, предшествующий появлению высыпаний. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно антигистаминными препаратами. Положительного эффекта не отмечала.

В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Гинекологический анамнез: менопауза с 52 лет. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез: аллергии отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит распространенный характер. Локализуется симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей. Представлен мономорфными высыпаниями в виде изолированных округлых плотных папул, резко выступающих над уровнем кожи, 1 см и более в диаметре, красно-коричневого цвета с гладкой поверхностью и геморрагическими корочками на некоторых элементах. Субъективно беспокоит умеренный интенсивный приступообразный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей истончены, отполированы до блеска.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите методы лечения данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. В данной ситуации у пациентки можно заподозрить узловатую почесуху позднюю форму. Узловатая почесуха Гайда характеризуется наличием мономорфных высыпаний, представленных изолированными крупными (величиной от 0, 5 до 1 см и более в диаметре) полушаровидными или округлыми плотными папулами и узлами, резко выступающими над уровнем кожи. Поздняя форма встречается преимущественно у женщин в возрасте старше 40 лет.
2. Для лечения данного заболевания можно рекомендовать:
 - антигистаминные препараты II поколения. Они являются медикаментозной терапией первого выбора. При необходимости, если седативный эффект может принести пользу, применяют антигистаминные средства I поколения. Например, лоратадин по 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней или хлоропирамина гидрохлорид по 25 мг перорально 3-4 раза в сутки в течение 5-7 дней.
 - при упорном течении заболевания применяют глюкокортикостероидные препараты системного действия. Например, преднизолон 20-40 мг в сутки перорально в течение 1-2 месяцев с последующей отменой или бетаметазон 1мл 1 раз в 2-3 недели внутримышечно, на курс 3-4 инъекции
 - в наружной терапии используют топические глюкокортистероидные препараты (например, бетаметазона валерат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или мометазона фураат в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель). При узловатой почесухе целесообразны внутриочаговые инъекции глюкокортикостероидных препаратов-гидрокортизон, триамцинолон, бетаметазона дипропионат. Кроме того, целесообразно назначить пасты, кремы, мази, содержащие деготь, ихтиол, нафталан (5-10% дегтярная мазь, 2-5% нафталана, 3-5% борно- 5-10% дегтярная мазь, 5% ихтиоловая мазь) на ночь под окклюзионную повязку в течение 3 недель. А также, кремы и мази с противозудными средствами- ментолом, анестезином, димедролом, фенистилом, растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, фулорцин, бриллиантовый зеленый).

- из физиотерапевтического лечения применяется: селективная фототерапия 4-5 раз в неделю на курс 20-30 сеансов или ПУВА-терапия 4 раза в неделю на курс 15-20 сеансов (в тяжелых случаях при распространенных зудящих высыпаниях).

ЗАДАЧА 16

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 26 лет с жалобами на высыпания на коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Из анамнеза известно, что у пациентки atopический дерматит, больна с 1, 5 месяцев жизни. Заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями, развивающимися преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи весной во время цветения березы. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада, яиц и орехов. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Зуд усиливается при повышенном потоотделении. Настоящее обострение связывает со стрессовыми ситуациями на работе.

В анамнезе хронических заболеваний нет. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, Б1, Р1. Наследственность: у матери и родной сестры бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: аллергия на шоколад, яйца, орехи, пыльцу растений. Не курит, алкоголь не употребляет. Отмечает склонность к гнойничковым высыпаниям.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, распространенный характер. Локализуется симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей в локтевых и подколенных сгибах, занимая 4–5% площади поверхности тела. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются множественные точечные эскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована. Кожа периорбитальной области гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. Имеется дополнительная складка нижнего века. Дермографизм белый стойкий. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей истончены, отполированы до блеска.

ВОПРОСЫ:

1. Какое лечение используется при atopическом дерматите.
2. Перечислите методы профилактики обострений данного заболевания и реабилитационные мероприятия.

ОТВЕТЫ:

1. Принципиально важным при лечении больных является устранение триггерных факторов (психоэмоциональные нагрузки, клещи домашней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, нарушение правил ухода за кожей, нерациональное использование синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением рН, табачный дым и др.). При сборе анамнеза, анализе особенностей клинических проявлений заболевания и данных обследования оценивается значимость тех или иных факторов для конкретного пациента и проводятся элиминационные мероприятия. Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

Всем больным atopическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базового ухода за кожей.

При ограниченном поражении кожи, при легком и среднетяжелом течении, при обострениях болезни назначается преимущественно наружная терапия: глюкокортикостероидные

препараты для наружного применения сильной или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина, не исключая базовую терапию. Количество топического препарата для наружного применения измеряется согласно правилу «длины кончика пальца» (FTU, Finger Tip Unit), при этом одна FTU соответствует столбику мази диаметром 5 мм и длиной, равной дистальной фаланге указательного пальца, что соответствует массе около 0,5 г. Этой дозы топического средства достаточно для нанесения на кожу двух ладоней взрослого человека, что составляет около 2% всей площади поверхности тела. При среднетяжелом течении atopического дерматита в период обострения дополнительно могут назначаться фототерапия и (по показаниям) детоксикационные средства.

Терапия больных с тяжелым течением atopического дерматита включает помимо наружных средств системную медикаментозную терапию или фототерапию. В качестве системного лечения могут назначаться циклоспорины/или системные глюкокортикостероидные препараты коротким курсом. Базовую наружную терапию продолжают вне зависимости от выбранного метода лечения.

После купирования обострения топические глюкокортикостероидные препараты (тГКС) и блокаторы кальциневрина отменяются и больной продолжает использовать только базовую терапию.

2. Больным с atopическим дерматитом с целью профилактики обострений рекомендован постоянный базовый уход за кожей, который включает в себя применение эмолентов-смягчающих средств. Кроме того, рекомендуется использовать моющие средства с неагрессивными ПАВами, при выраженной сухости кожных покровов заменить гель для душа на масло для душа;

Кроме того, принципиально важным является устранение триггерных факторов (психосоциальные нагрузки, клещи домашней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, нарушение правил режима ухода за кожей и др.). Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

ЗАДАЧА 17

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 27 лет с жалобами на высыпания в области лица (бороды и усов), сопровождающиеся легким зудом. Кроме того, предъявляет жалобы на общую слабость и повышение температуры тела до 37,5°С.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 9 месяцев, когда впервые отметил появление высыпаний в области усов после бритья. Постепенно высыпания распространились на область бороды, появилась слабость. Два дня назад повысилась температура. Самостоятельно лечился наружными антибактериальными средствами, без эффекта, к врачам не обращался.

В анамнезе хронический тонзиллит. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Питается полуфабрикатами и фаст-фудом.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, ограниченный характер. Локализуется на коже лица в области бороды и усов. Высыпания представлены остроконечными желтовато-белыми пустулами размером с булавочную головку, пронизанную волосом, и воспалительными узелками ярко-красного цвета. Местами визуализируются желтоватые корочки, единичные эрозии. Дермографизм красный, стойкий. Субъективно – легкий зуд. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп без изменений.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании жалоб, данных осмотра и анамнеза пациенту можно поставить диагноз простой сикоз. В пользу данного заболевания говорит характерная локализация (на коже лица в области бороды и усов), характерные элементы (остроконечные желтовато-белые пустулы размером с булавочную головку, пронизанную волосом, и воспалительными узелками ярко-красного цвета, желтоватые корочки, эрозии), зуд, характерное общее состояние (субфебрилитет).
2. При вульгарном сикозе рекомендуется применение топических антисептиков, анилиновых красителей, антибактериальных препаратов наружного действия. Например, хлоргексидин спиртовой раствор 0, 5%, водный раствор 0, 05-1% наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней; фузидовая кислота крем или мазь 2% наружно на область высыпаний 3-4 раза в сутки в течение 7-14 дней или мупироцин мазь 2% наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней. При наличии общих явлений (субфебрильная лихорадка) показано назначение системных антибактериальных препаратов с учетом результата посева содержимого пустул. Например, амоксициллин тригидрат + клавулановая кислота: по 1 таблетке (250 + 125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (500 + 125 мг) 2 раза в сутки перорально. Курс лечения 7-10 дней. Режим больного пиодермией предполагает рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его. При длительно текущих инфекционно-воспалительных процессах определенное внимание должно быть уделено диете: питание должно быть полноценным, богатым витаминами, резко ограничивают количество соли и углеводов, полностью исключается алкоголь. Профилактические мероприятия: своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей, особенно после бритья; провести санацию очагов хронической инфекции, в данном случае обратиться к ЛОРу по поводу хронического тонзиллита.

ЗАДАЧА 18

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 43 лет с жалобами на высыпания на коже в подмышечных областях, сопровождающиеся болезненностью.

Из анамнеза известно, что впервые аналогичные высыпания появились 3 года назад размером с «грецкий орех» на коже в подмышечной области справа, сопровождались болезненностью, часть из них самостоятельно вскрылись с выделением большого количества гноя. Часть вскрывались хирургическим путем в поликлинике, назначили антибиотикотерапию и 3 года пациента ничего не беспокоило. Последние высыпания появились около месяца назад после перенесенной пневмонии. Самостоятельно лечился наружными антибактериальными мазями без эффекта.

В анамнезе хронический тонзиллит. Хронический фурункулез. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Питается полуфабрикатами.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит воспалительный, ограниченный характер. Локализуется на коже подмышечных впадин. Представлен глубокими абсцедирующими узлами синюшно-багрового цвета, спаивающимися между собой и окружающими тканями, образуя крупные воспалительные инфильтраты, на поверхности которых формируются множественные фистулы и свищи с обильным гнойным отделяемым; а также гипертрофическими рубцами. Субъективно беспокоит болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. К какой группе дерматозов относится данное заболевание.
2. Перечислите основные принципы терапии данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить гидраденит. Данное заболевание относится к пиодермиям (глубоким стафилодермиям) и связано с воспалением апокринных потовых желез.

2. Рекомендуется при глубоких, хронических, рецидивирующих пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии назначение одного из следующих антибактериальных препаратов системного действия: амоксициллин + клавулановая кислота перорально: по 1 таблетке (250+125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (500+125 мг) 2 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней. Или цефалексин-250- 500 мг перорально 4 раза в сутки. Курс лечения 7-14 дней. Или азитромицин- 500 мг перорально 1 раз в сутки течение 3 дней.

При пиодермиях, сопровождающихся язвенными дефектами кожи, рекомендуется удаление и выскабливание отдельных очагов поражения, рассечение и коагуляция свищевых ходов. Решение о проведении хирургического лечения принимается врачом-хирургом.

ЗАДАЧА 19

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 33 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, стоп и туловища, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

Из анамнеза известно, что первые аналогичные высыпания появились около 1. 5 месяцев назад на коже кистей после возвращения из командировки. Через некоторое время высыпания появились на коже туловища и тыла стоп, зуд усилился до мучительного, нарушающего ночной сон. Самостоятельно не лечился.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с женой и дочерью 2 лет. У них тоже аналогичная симптоматика.

Локальный статус: поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже межпальцевых промежутков и тыла кистей, на коже живота и переднебоковых поверхностей туловища, а также в области тыла стоп. Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными сгруппированными на отдельных участках тела, но не сливающимися мелкими красно-розовыми фолликулярными папулами, не воспалительными везикулами, пустулами, а также многочисленными точечными и линейными экскориациями, покрытыми геморрагическими корочками. Помимо указанных высыпаний на коже кистей присутствуют многочисленные рыхлые толстые коричневато-желтые корки, в местах отслоения которых видны обнажившиеся бледно-розового цвета эрозии от 0, 3 до 1, 5 см в диаметре, окруженные обрывками отслоившегося эпидермиса. Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить чесотку, осложненную вторичной инфекцией. На это указывают следующие данные: фолликулярные папулы на туловище и конечностях, невоспалительные везикулы вблизи ходов, расчесы и геморрагические корочки, диссеминированные по всему кожному покрову. Усиление зуда в вечернее и ночное время. Связь заболевания с командировкой. Наличие аналогичной симптоматики у ближайших родственников, проживающих вместе с пациентом. Наличие многочисленных рыхлых толстых коричневато-желтых корок говорит о присоединившейся вторичной инфекции.
2. Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя. Применяют следующие методы для обнаружения клеща: метод прокрашивания применяют для верификации чесоточных ходов.

Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями;

-соскоб в минеральном масле. Небольшую каплю минерального (парафинового, вазелинового) масла наносят на чесоточный элемент и производят его соскоб. Материал с 5-6 чесоточных элементов вместе с остатками масла переносят на предметное стекло, накрывают покровным стеклом и микроскопируют при малом увеличении;

- Метод извлечения клеща иглой- быстрый и эффективный, если врач обладает хорошим зрением и достаточным навыком обнаружения хода. С этой целью используют стерильные одноразовые инъекционные иглы. Иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного возвышения, где находится самка чесоточного клеща. Острием иглы подрезают крышу хода вокруг клеща, продвигаются по направлению хода и извлекают самку, которая своими присосками прикрепляется к игле. Затем клеща помещают на предметное стекло и микроскопируют под малым увеличением микроскопа. Этот метод мало пригоден для обнаружения клещей в старых разрушенных ходах, папулах и везикулах, а также после обработки больного любым противочесоточным препаратом;

- дерматоскопия. При дерматоскопии отмечают эрозия, воспаление и мелкий пигментный треугольник в верхней части хода- соответствующий ротовому аппарату и передним конечностям паразита. В зависимости от положения клеща треугольник визуализируется либо полностью (вентральная проекция), либо частично (дорзальная проекция);

Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате при микроскопии обнаруживаются самка, самец, личинка, нимфы, яйца, опустевшие яйцевые оболочки.

ЗАДАЧА 20

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 33 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, стоп и туловища, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

Из анамнеза известно, что первые аналогичные высыпания появились около 1. 5 месяцев назад на коже кистей после возвращения из командировки. Через некоторое время высыпания появились на коже туловища и тыла стоп, зуд усилился до мучительного, нарушающего ночной сон. Самостоятельно не лечился.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с женой и дочерью 2 лет. У них тоже аналогичная симптоматика. В гости к ним приехала бабушка, у которой нет симптомов заболевания. Бабушка спит в одной постели с внучкой.

Локальный статус: поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализируются на коже межпальцевых промежутков и тыла кистей, на коже живота и переднебоковых поверхностей туловища, а также в области тыла стоп. Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными сгруппированными на отдельных участках тела, но не сливающимися мелкими красно-розовыми фолликулярными папулами, не воспалительными везикулами, пустулами, а также многочисленными точечными и линейными экскориациями, покрытыми геморрагическими корочками. Помимо указанных высыпаний на коже кистей присутствуют многочисленные рыхлые толстые коричневато-желтые корки, в местах отслоения которых видны обнажившиеся бледно-розового цвета эрозии от 0, 3 до 1, 5 см в диаметре, окруженные обрывками отслоившегося эпидермиса. Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время.

При проведении микроскопического исследования у пациента и его членов семьи (супруги и дочери) обнаружен чесоточный клещ. Выставлен диагноз чесотки. У мужчины чесотка, осложненная вторичной инфекцией.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение пациенту.
2. Назначьте лечение членам семьи.

ОТВЕТЫ:

1. У пациента чесотка, осложненная вторичной инфекцией. Лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией рекомендуется начинать с втирания скабицида, например, эмульсии или мази бензилбензоата 20% для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов. Нанесение скабицида производят преимущественно в вечернее время для повышения эффективности терапии, что связано с ночной активностью возбудителя, голыми руками, особенно тщательно препараты втирают в кожу ладоней и подошв, если после нанесения препарата возникла необходимость вымыть руки, то их необходимо повторно обработать скабицидом. Перед началом лечения больному рекомендуется вымыться с мылом. Эмульсия перед употреблением взбалтывается. Препараты наносят на кожу двукратно – в 1-й и 4-й дни лечения. После 12-часовой экспозиции на коже препарат можно смыть. Смену нательного и постельного белья проводят на 5-ый день. При нанесении на кожу нередко возникает жжение, которое проходит через несколько минут, о чем следует предупредить больного. Следует избегать попадания бензилбензоата на слизистые оболочки. Параллельно с этим, пациенту следует назначить лечение пиодермии, например, антибактериальные мази или анилиновые красители.
2. Лечение членов семьи. С учетом того, что у супруги чесотка не осложненная, то ее лечение будет включать выше перечисленные мероприятия, кроме использования антибактериальных мазей и анилиновых красителей.
3. С учетом возраста ребенка (2 года), бензилбензоат назначать нельзя. Рекомендовано использовать Перметрин 5% концентрат эмульсии в этаноле. Водная 0, 4% эмульсия готовится ex tempore путем разбавления 8 мл 5% концентрата эмульсии перметрина водой комнатной температуры до объема 100 мл. Втирание препарата проводится 1 раз в день на ночь 3 дня подряд или в 1-ый и 4-ый дни курса.
4. Для бабушки, несмотря на отсутствие заболевания, но с учетом тесного телесного контакта, необходимо провести профилактическое лечение. Для этих целей рекомендовано использовать 20% эмульсию или мазь бензилбензоата.

ЗАДАЧА 21

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 30 лет с жалобами на зуд на коже кистей, стоп и туловища.

Из анамнеза известно, что две недели назад она и члены ее семьи проходили специфическое лечение от чесотки, подтвержденной микроскопическим исследованием. При этом, у мужа и дочери после лечения симптоматика пропала. Она же продолжает испытывать зуд.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с мужем и дочерью 2 лет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания представлены лентикулярными папулами, локализуется на туловище (ягодицы, живот, подмышечная область), молочных железах, локтях. Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд.

При проведении микроскопического исследования у пациентки не обнаружен чесоточный клещ.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз пациентке.

2. Назначьте лечение и перечислите основные противоэпидемические мероприятия при чесотке.

ОТВЕТЫ:

1. На основании представленных данных у пациентки можно заподозрить скабиозную лимфоплазию.
2. Лечение включает в себя назначение топических кортикостероидных препаратов под окклюзионную повязку: метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона бутират, мометазона фуроат и др. Можно использовать фоно- или фотофорез с данными препаратами, за исключением случаев, когда сыпь локализуется на половых органах. Также применяют поверхностную криодеструкцию очагов с последующим нанесением топических комбинированных глюкокортикостероидных препаратов.
3. Комплекс противоэпидемических мероприятий:
 - Проведение полноценного лечения каждого выявленного больного с учетом показаний для госпитализации. Дети дошкольного и школьного возраста на время проведения лечения отстраняются от посещения организованных коллективов. Они могут быть допущены только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей справкой от врача.
 - Определение круга контактных лиц, включая контакты в организованных коллективах (спортивные секции, учреждения дополнительного образования и т. д.).
 - Осуществление медицинского наблюдения за контактными лицами: в организациях, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр кожных покровов осуществляется трижды с интервалом в 10 дней.
 - Организация дезинфекции в очагах: при обнаружении чесотки у детей, посещающих дошкольные образовательные и общеобразовательные организации, у одиноких, престарелых, инвалидов, лиц, проживающих в общежитиях, членов многодетных семей, мигрантов, лиц без определенного места жительства заключительная дезинфекция (дезинсекция) проводится специализированными организациями, имеющими лицензию по дезинфектологии, по заявкам медицинских работников ЛПУ, организаций и лиц, в том числе с камерной обработкой нательного и постельного белья, постельных принадлежностей.
 - Обследование семейного очага и организованного инвазионно-контактного коллектива проводится при выявлении первого больного и через две недели после завершения терапии последнего выявленного больного чесоткой при условии, что были своевременно осмотрены все члены очага, и в соответствии с показаниями проведено профилактическое лечение контактным лицам. В организованных коллективах, где профилактическое лечение контактным лицам не проводилось, осмотр осуществляется трижды с интервалом 10 дней.
 - Проведение текущей дезинсекции в очагах. Текущая дезинсекция направлена на уничтожение клещей на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены больного. Методику проведения текущей дезинфекции объясняет лечащий врач, а проводит ее сам больной или ухаживающий за ним член семьи. У каждого пациента обязательно должны быть отдельная кровать, постельные принадлежности и предметы индивидуального пользования (полотенце, мочалка, тапочки, халат).
 - Обеззараживание постельных принадлежностей, нательного белья, полотенец осуществляется путем стирки при температуре 70–90°С, либо замачиванием на час в хлорсодержащих растворах. Верхнюю одежду обеззараживают, проглаживая вещи с обеих сторон горячим утюгом, обращая особое внимание на карманы. Для дезинсекции текстильных изделий, обуви, детских игрушек используются препараты на основе перметрина и малатиона. Часть вещей, не подлежащих термической обработке, может быть вывешена на открытый воздух на 3 дня. Для дезинфекции ряда вещей (детские игрушки

ки, обувь, одежда) можно применять способ временного исключения из пользования, для чего их помещают на 3 дня в герметически завязанные полиэтиленовые пакеты.

- При массовых вспышках чесотки в организованных коллективах, при наличии нескольких больных в семейных очагах, при поступлении больных чесоткой в стационар в приемном отделении проводится дезинсекция помещения.
- В стационарах и скабиозориях матрасы, подушки, постельное и нательное белье, одежду поступающих больных подвергают обработке в дезинфекционной камере. Таким же способом обрабатывают после выписки из стационара постельные принадлежности, которыми пользовались больные чесоткой.
- Особое значение дезинсекционные мероприятия имеют при выявлении больных скабиозной эритродермией и норвежской чесоткой. Вокруг таких больных нередко возникают микроэпидемии. В связи с этим профилактическое лечение должно быть проведено медицинскому персоналу, ухаживающим лицам, соседям по палате. Таких больных изолируют в отдельной палате, где ежедневно проводят текущую, а при выписке – камерную дезинсекцию.
- В «надзорных палатах» психиатрических больниц при выявлении больного чесоткой профилактическое лечение проводится всем больным, находящимся в одной палате. При наличии зудящего дерматоза у пациента, поступающего в стационар психиатрической больницы, необходима консультация дерматолога и профилактическая обработка скабицидом в приемном отделении. При неблагоприятной эпидемической ситуации в целях предотвращения заноса и распространения чесотки в больших организованных коллективах (армия, флот, тюрьмы) профилактической обработке скабицидами подлежат все вновь прибывающие в карантинную зону. Для этой цели подходят препараты в жидкой форме (перметрин).

ЗАДАЧА 22

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 38 лет с жалобами на высыпания на коже спины, сопровождающиеся зудом и жжением.

Считает себя больным на протяжении 3 дней, когда после сильного переохлаждения появился дискомфорт в области правой лопатки.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: аллергию отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с женой и дочерью 5 лет.

Локальный статус: Поражение кожи островоспалительного характера. Патологический процесс ограниченный, располагается ассиметрично на коже спины в зоне иннервации Th4 – Th6 правой половины грудной клетки. Патологический процесс представлен сгруппированными везикулами, заполненными серозным содержимым, склонных к слиянию. Высыпания располагаются на фоне гиперемии. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, нестойкий. Волосы и ногти не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить опоясывающий герпес. Процесс ограничивается одной половиной грудной клетки, располагается по ходу межреберных нервов, представлен сгруппированными везикулами, склонными к слиянию. Субъективно беспокоит жжение и зуд.
2. Необходимо назначить противовирусные препараты. Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно в первые 72 часа развития клинических проявлений заболевания: фамцикловир 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или валацикловир

1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней. При появлении болевых ощущений возможно назначение нестероидных противовоспалительных средств. Для оказания местного противовоспалительного действия и предупреждения бактериальной суперинфекции назначаются спиртовые 1-2% растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукорцин.

3. При наличии буллезных высыпаний пузыри вскрывают (надрез стерильными ножницами) и тушируют анилиновыми красителями или антисептическими растворами (0, 5% р-р хлоргексидина биглюконата и др.).

2 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9

ЗАДАЧА 1

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 64 лет с жалобами на язвенный дефект, отечность и выраженную гиперемию кожи в области правого голеностопного сустава, сопровождающиеся болью и повышением общей температуры до 37,9 °С.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые на фоне хронической венозной недостаточности нижних конечностей, отметила появление язвенного дефекта на коже правого голеностопного сустава. В связи с этим обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, где был поставлен диагноз: «Варикозная экзема». Проведенное лечение помогло, привело к заживлению язвенного дефекта, уменьшению отечности и гиперемии. Ежегодно больная находилась на стационарном лечении, где назначалась следующая терапия: сосудистые препараты, витаминотерапия, наружно комбинированные препараты с положительным эффектом. Настоящее обострение – месяц назад. Обратилась в клинику для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: ЖКБ, гипертоническая болезнь; гинекологический анамнез: Б-3, В-2, Р-1, менструация с 12 лет, 5-7 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже правого голеностопного сустава и представлены язвенным дефектом размером 5*4. 5 см, 2*1. 5 см, неправильных округлых очертаний с резкими границами, ровными краями, поверхность язвы заполнена гнойным отделяемым. Кожа вокруг язв застойно-красного цвета, инфильтрирована. Субъективно: беспокоит болезненность в области очага поражения. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей не изменены, ногтевые пластины стоп тусклые, желтоватого оттенка, деформированные. Субъективные ощущения в виде зуда.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. Клинические данные высыпания характерны для язвенно-некротического ангиита: Высыпания локализуются на коже правого голеностопного сустава и представлены язвенным дефектом размером 5*4. 5 см, 2*1. 5 см, неправильных округлых очертаний с резкими границами, ровными краями, поверхность язвы заполнена гнойным отделяемым. Кожа вокруг язв застойно-красного цвета, инфильтрирована. Субъективно: беспокоит болезненность в области очага поражения.
2. Пациентке необходимо проводить лечение в условиях терапевтического стационара поскольку наблюдается аутоиммунный процесс, требующий назначения системной терапии. При язвенно-некротическом ангиите дозировка и длительность применения системных глюкокортикостероидов должна составлять 30-50 мг/сут в течение 2-3 недель

ЗАДАЧА 2

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на высыпания в области средней трети лица (щёки, скулы и крылья носа), сопровождающиеся умеренным зудом, общую слабость, недомогание, болезненность в мышцах.

Первые единичные высыпания на коже лица появились 7 месяцев назад, после отпуска на море. Отмечает, что площадь, занимаемая высыпаниями, постепенно увеличивается.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гастрит хронический; гинекологический анамнез: Б-1, Р-1, менструация с 12 лет, 5-7 дней; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи хронического воспалительного характера. Высыпания локализуются на коже щек, скул, крыльев носа в виде гиперемизированных, инфильтрированных пятен с гиперкератотическими чешуйками на поверхности. При поскабливании шпателем чешуек в очагах поражения ощущается болезненность. На обратной стороне снятой чешуйки обнаруживаются роговые шипики, погруженные в расширенные устья волосяных фолликулов. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Субъективные ощущения отсутствуют.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании предоставленных данных у пациентки можно заподозрить дискоидную красную волчанку. В пользу данного диагноза свидетельствуют следующие данные анамнеза и осмотра: связь высыпаний с инсоляцией, высыпания локализуются на коже щек, скул, крыльев носа в виде гиперемизированных, инфильтрированных пятен с гиперкератотическими чешуйками на поверхности. При поскабливании шпателем чешуек в очагах поражения ощущается болезненность. На обратной стороне снятой чешуйки обнаруживаются роговые шипики, погруженные в расширенные устья волосяных фолликулов – положительный симптом Бенъе-Мещерского.

2. Пациентке необходимо проводить лечение системными антималярийными препаратами и глюкокортикостероидными препаратами для наружного применения.

Гидроксихлорохин сульфат является предпочтительным в виду лучшей переносимости. Гидроксихлорохин 5-6 мг на кг массы тела в сутки перорально (или 2 таблетки по 200 мг для взрослого среднего веса). После достижения клинического ответа дозировка гидроксихлорохина может быть постепенно уменьшена до 200 мг в сутки с продолжением терапии в течение не менее 2-3 месяцев. Прием препарата может продолжаться до 2-3 лет. Прекращение приема поддерживающих доз в 2, 5 раза увеличивает риск рецидива. Из-за возможного развития ретинопатии при приеме антималярийных препаратов перед началом приема препарата и не реже 1 раза в 6 месяцев проводится офтальмологическое обследование, включая осмотр глазного дна. Проводится регулярный контроль лабораторных показателей. При наличии резистентности к антималярийным препаратам используются резервные препараты: дапсон, ретиноиды или метотрексат. Препаратами второй линии для системной терапии являются ретиноиды. Лечение следует начинать с более низких доз (10-20 мг в сутки) и постепенно их увеличивать, ориентируясь на переносимость и отсутствие побочных эффектов: ацитретин 50 мг в сутки перорально в течение 8 недель или ацитретин 0, 2-1, 0 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 8 недель, или изотретиноин 0, 2-1, 0 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 8 недель.

При локализации поражения кожи на лице рекомендуется использовать топические глюкокортикостероидные препараты слабой или средней активности, например, флуоцинолона ацетонид крем, гель, мазь, линимент 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение

ние 12 недель. Препаратами второй линии, назначаемыми при отсутствии эффективности топических глюкокортикостероидных препаратов, являются топические ингибиторы кальциневрина: такролимус мазь 0, 1% 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 4-8 недель или пимекролимус крем 1% 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 4-8 недель.

Всем больным в качестве профилактики распространения заболевания рекомендуются меры по защите кожи от солнечных лучей: ношение головных уборов, одежды с длинными рукавами, с закрытым декольте, брюк и длинных юбок, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (>50).

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 52 лет с жалобами на высыпание в области живота, сопровождающиеся легким чувством стянутости кожи и слабо выраженным зудом.

Считает себя больной около 2 месяцев, когда после перенесенного инфекционного заболевания появилось пятно на коже живота.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; гинекологический анамнез: Б-1, Р-1, менструация с 12 лет, 5-7 дней, менопауза с 48 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит ограниченный, несимметричный характер. Высыпание локализуется на коже правого верхнего квадранта брюшной стенки. Представлено в виде пятна округлой формы розовато-сиреневого цвета диаметром 4 см, окруженного лиловым венчиком. В месте поражения кожа плохо собирается в складку, потоотделение уменьшено, нарушен рост волос. Кожа вне очага поражения нормальной окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Субъективные ощущения в виде стянутости кожи и слабо выраженного зуда.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение и перечислите методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить бляшечную склеродермию. Бляшечная склеродермия характеризуется появлением на голове, туловище или конечностях очагов эритемы и/или уплотнения кожи круглой или овальной формы с типичной клинической картиной. Лиловый венчик по периферии очага свидетельствует об активности процесса.
2. Гиалуронидаза 32-64 УЕ 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно или через день, на курс 15-20 инъекций или 64 УЕ- введение в очаг склеродермии 1 раз в 3 дня, на курс 7-10 процедур. Бензилпенициллин 300000–500000 ЕД 3–4 раза в сутки или 1 млн ЕД 2 раза в сутки внутримышечно, на курс 15–40 млн ЕД. Проводят 2–3 курса терапии с интервалом 1, 5–4 месяца. Вазоактивные препараты (Пентоксифиллин 100–200 мг перорально 3 раза в сутки или 400 мг перорально 1–2 раза в сутки в течение 4–6 недель). Наружно: Мометазон крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций или окклюзионных повязок. При назначении топических глюкокортикостероидных препаратов в виде аппликаций курс лечения составляет 4–12 недель, в виде окклюзионных повязок – 2–3 недели.

Немедикаментозная терапия: Ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона (УФА-1 терапия, длина волны 340-400 нм). УФА-1 терапия- один из эффективных методов лечения бляшечной склеродермии при неглубоком поражении кожи и подлежащих тканей. Облучения УФА-1 светом начинают с дозы 5-20 Дж/см², последующие разовые дозы повышают на 5-15 Дж/см² до максимальной разовой дозы 20-60

Дж/см². Процедуры проводят с режимом 3-5 раз в неделю, курс составляет 20-60 процедур. Лазерное излучение красного диапазона (длина волны 0,63–0,65 мкм) проводят по дистанционной стабильной методике, расфокусированным лучом с плотностью мощности 3–5 мВт/см² и экспозицией 5–8 минут на поле. За процедуру облучают не более 4–5 полей при общей продолжительности воздействий не более 30 минут. Лазерное излучение инфракрасного диапазона (длина волны 0,89 мкм) проводят в непрерывном или импульсном (80–150 Гц) режиме по дистанционной или контактной, стабильной или лабильной методике. Воздействия осуществляют по полям: при непрерывном режиме мощность излучения составляет не более 15 мВт, экспозиция на одно поле 2–5 мин, продолжительность процедуры – не более 30 минут. При импульсном режиме мощность излучения составляет 5–7 Вт/имп, экспозиция 1–3 минуты на поле, общее время воздействия – не более 10 минут. За процедуру облучают не более 4–6 полей. Курс лазерной терапии составляет 10–15 ежедневных процедур. Повторные курсы проводят с интервалом 3–4 месяца.

Больным рекомендуется избегать травматизации кожи, переохлаждения и перегревания, стрессовых ситуаций.

ЗАДАЧА 4

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 62 лет с жалобами на высыпание на верхних конечностях, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающихся умеренным зудом.

Считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающиеся умеренным зудом. Неделью назад стали появляться новые высыпания, в связи с чем больная обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; гинекологический анамнез: Б-2, Р-2, менструация с 12 лет, 5-7 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания локализуются на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер. Высыпания представлены очагами отечной эритемы, папулами и располагающимися на фоне эритемы пузырьками. Пузыри имеют округлые очертания, напряженную, плотную покрывку. Содержимое пузырей серозное. На месте вскрывшихся пузырей имеются эрозии, часть которых покрыта геморрагическими корками. Симптом Никольского отрицательный. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите методы диагностики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить буллезный пемфигоид. Поражение кожи при буллезном пемфигоиде может быть локализованным или генерализованным. Высыпания чаще локализуются на конечностях, животе, в пахово-бедренных складках, на внутренней поверхности бедер. Высыпания у больных буллезным пемфигоидом могут быть полиморфными. Заболевание обычно начинается с появления эритематозных, папулезных и/или уртикарноподобных высыпаний, сопровождающихся зудом. Эти высыпания могут существовать в течение нескольких месяцев, после чего появляются пу-

зыри. Пузыри имеют напряженную, плотную покрывку, округлую или овальную форму, серозное или серозно-геморрагическое содержимое, располагаются на эритематозном фоне или на видимо неизменной коже. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии, при отсутствии вторичного инфицирования, быстро эпителизируются, не склонны к периферическому росту. Симптом Никольского отрицательный.

2. Диагностика буллезного пемфигоида основана на выявлении клинических признаков заболевания и обнаружении IgG-антител к белкам компонентов базальной мембраны кожи. Для выявления IgG-антител к белкам компонентов базальной мембраны кожи проводится иммуногистохимическое исследование биоптата видимо непораженной кожи больного, при котором обнаруживают линейное отложение IgG и/или C3 компонента комплемента в области базальной мембраны. При необходимости дифференциальной диагностики с приобретенным буллезным эпидермолизом проводится дополнительное иммунофлюоресцентное исследование биоптата кожи, предварительно расщепленного выдерживанием в 1М растворе хлорида натрия в течение 1 суток. Это исследование позволяет выявить отложение IgG в верхней части (покрывке) полости, образовавшейся в зоне дермо-эпидермального соединения.

При гистологическом исследовании биоптата кожи со свежим пузырем выявляют субэпидермальную полость с поверхностным инфильтратом в дерме, состоящим из лимфоцитов, гистиоцитов и эозинофилов, что не всегда позволяет отличить буллезный пемфигоид от других заболеваний с субэпидермальным расположением пузыря (герпетиформный дерматит Дюринга, приобретенный буллезный эпидермолиз).

ЗАДАЧА 5

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 62 лет с жалобами на высыпания на верхних конечностях, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающихся умеренным зудом.

Считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающиеся умеренным зудом. Неделью назад стали появляться новые высыпания (не более 2 в сутки), в связи с чем больная обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Анамнез жизни: наследственность неотягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; гинекологический анамнез: Б-2, Р-2, менструация с 12 лет, 5-7 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания локализуются на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер. Высыпания представлены очагами отечной эритемы, папулами и располагающимися на фоне эритемы пузырями. Пузыри имеют округлые очертания, напряженную, плотную покрывку. Содержимое пузырей серозное. На месте вскрывшихся пузырей имеются эрозии, часть которых покрыта геморрагическими корками. Симптом Никольского отрицательный. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Определите степень тяжести заболевания. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение данной пациентке.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить буллезный пемфигоид легкой степени тяжести. Поражение кожи при буллезном пемфигоиде может быть локали-

зованным или генерализованным. Высыпания чаще локализуются на конечностях, животе, в пахово-бедренных складках, на внутренней поверхности бедер. Высыпания у больных буллезным пемфигоидом могут быть полиморфными. Заболевание обычно начинается с появления эритематозных, папулезных и/или уртикарноподобных высыпаний, сопровождающихся зудом. Эти высыпания могут существовать в течение нескольких месяцев, после чего появляются пузыри. Пузыри имеют напряженную, плотную покрывку, округлую или овальную форму, серозное или серозно-геморрагическое содержимое, располагаются на эритематозном фоне или на видимо неизменной коже. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии, при отсутствии вторичного инфицирования, быстро эпителизируются, не склонны к периферическому росту. Симптом Никольского отрицательный. Степень тяжести буллезного пемфигоида определяется по числу появляющихся пузырных элементов. Буллезный пемфигоид определяют, как тяжелый, при появлении более 10 пузырей в сутки на протяжении 3 дней подряд, как легкий - при появлении 10 или менее пузырей в сутки.

2. При буллезном пемфигоиде легкой степени тяжести рекомендована терапия тГКС: клобетазола дипропионат 0,05% 1 раз в день наружно на очаги поражения. Через 15 дней после достижения клинического эффекта (прекращения появления новых высыпаний и зуда, начала эпителизации эрозий) постепенно уменьшают количество наносимого топического глюкокортикостероидного препарата.

При отсутствии клинического эффекта от терапии топическим глюкокортикостероидным препаратом в течение 1-3 недель: перорально в дозе 0,5 мг на кг массы тела в сутки. По достижении клинического эффекта дозу преднизолона постепенно снижают до 0,1 мг на кг массы тела в сутки. Длительность терапии составляет 4-12 месяцев.

Помимо назначения топических кортикостероидных препаратов проводится обработка крупных пузырей и эрозий: пузыри вскрывают проколом и дренируют, оставив покрывку; эрозивные очаги поражения обрабатывают раствором антисептиков: хлоргексидин 0,05-0,2% раствор, мирамистин 0,01% раствор, бриллиантового зеленого 1% спиртовой раствор.

ЗАДАЧА 6

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 68 лет с жалобами на высыпание на внутренней поверхности бедер, рук, живота, в пахово-бедренных складках, сопровождающиеся выраженным зудом.

Считает себя больным около месяца, когда впервые отметил высыпания на коже живота, внутренней поверхности бедер, в пахово-бедренных складках, сопровождающиеся выраженным зудом, через неделю появились пузыри, сохраняющиеся в течение 2 суток. Количество новых высыпаний увеличивается до 10-12 в сутки.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа; беспокоят боли в суставах, в связи с чем принимает нестероидный противовоспалительный препарат; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Высыпания локализуются на коже живота, верхних конечностей, внутренней поверхности бедер, в пахово-бедренных складках в виде пузырей с напряженной плотной покрывкой, с серозным содержимым на видимо неизменной коже; эрозий размерами до 2 см в диаметре, серозно-геморрагических корок. Симптом Никольского отрицательный. Субъективно – выраженный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Определите степень тяжести заболевания. Обоснуйте.

2. Назначьте лечение данному пациенту.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить буллезный пемфигоид тяжелой степени тяжести. Поражение кожи при буллезном пемфигоиде может быть локализованным или генерализованным. Высыпания чаще локализуются на конечностях, животе, в пахово-бедренных складках, на внутренней поверхности бедер. Высыпания у больных буллезным пемфигоидом могут быть полиморфными. Заболевание обычно начинается с появления эритематозных, папулезных и/или уртикароподобных высыпаний, сопровождающихся зудом. Эти высыпания могут существовать в течение нескольких месяцев, после чего появляются пузыри. Пузыри имеют напряженную, плотную покрывку, округлую или овальную форму, серозное или серозно-геморрагическое содержимое, располагаются на эритематозном фоне или на видимо неизменной коже. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии, при отсутствии вторичного инфицирования, быстро эпителизируются, не склонны к периферическому росту. Симптом Никольского отрицательный. Степень тяжести буллезного пемфигоида определяется по числу появляющихся пузырных элементов. Буллезный пемфигоид определяют, как тяжелый, при появлении более 10 пузырей в сутки на протяжении 3 дней подряд, как легкий - при появлении 10 или менее пузырей в сутки.
2. При буллезном пемфигоиде тяжелой степени тяжести: клобетазола дипропионат 0,05% наружно 1 раз в день на очаги поражения. Через 15 дней после достижения клинического эффекта (прекращение появления новых высыпаний и зуда, начало эпителизации эрозий) постепенно уменьшают количество наносимого топического глюкокортикостероидного препарата + преднизолон перорально 0,5-0,75 мг на кг массы тела в зависимости от тяжести состояния. При назначении в суточной дозе менее 0,5 мг на кг массы тела эффективность преднизолона недостаточна. Увеличение дозы преднизолона выше 0,75 мг/кг массы не приводит к повышению эффективности терапии. Постепенное снижение дозы системного кортикостероида начинают через 15 дней после достижения клинического эффекта терапии - прекращение появления новых высыпаний и зуда, начало эпителизации эрозий и продолжают в течение 4-6 месяцев до поддерживающей дозы 0,1 мг/кг/сутки. Если пациент находится в состоянии клинической ремиссии в течение 3-6 месяцев, лечение можно прекратить. В случае рецидива доза кортикостероидного препарата повышается до первоначального уровня. Помимо назначения топических кортикостероидных препаратов проводится обработка крупных пузырей и эрозий: пузыри вскрывают проколом и дренируют, оставив покрывку; эрозивные очаги поражения обрабатывают раствором антисептиков: хлоргексидин 0,05-0,2% раствор, мирамистин 0,01% раствор, бриллиантового зеленого 1% спиртовой раствор. Тяжелое течение буллезного пемфигоида, требующее назначения системной терапии является показанием для госпитализации.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 53 лет с жалобами на высыпание лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Считает себя больным 7 месяцев, когда впервые отметил выраженное шелушение на коже волосистой части головы. Через 1 месяц в области правого виска отметил появление "пятна" розового цвета, которое быстро увеличивалось в размере. В последующем высыпания распространились на кожу шеи, туловища и конечностей. К врачу не обращался, самостоятельно лечился наружными глюкокортикостероидами, без эффекта. После нервного стресса патологический кожный процесс принял генерализованный характер. Пациент отметил потерю веса на 7 кг за последние полгода.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный характер. Локализуется на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей в виде множественных эритематозных пятен, бляшек, сливающихся в обширные очаги поражения; фолликулярные папулы; визуализируются "островки" здоровой кожи, фолликулярный гиперкератоз. Кожа ладоней розового цвета с желтоватым оттенком. На подошвенной поверхности стоп гиперкератоз желтоватого цвета. Субъективно – умеренный зуд. Кожа вне очага поражения нормальной окраски, сухая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, стойкий. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: отмечается онихолизис, местами онихогрифоз. Надавливание на ногтевые пластинки вызывает резкую болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение данному пациенту. Каков прогноз при данном заболевании?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить пситтиаз красный волосистой отрубевидный 1 типа. Обычно начинается с появления на коже лица, волосистой части головы и верхней половины тела эритематозных пятен. Затем в течение нескольких недель или месяцев высыпания распространяются на нижнюю часть тела. Появляются фолликулярные папулы и эритематозные бляшки с желтовато-оранжевым оттенком, которые сливаются на многих участках кожи туловища. В пределах распространенной эритемы обычно располагаются островки видимо здоровой кожи. Патогномоничный признак — фолликулярные конические роговые папулы с перифолликулярной эритемой и характерными роговыми шипиками (конусы Бенье), окружающие стержень волоса, наиболее выраженные на тыльной поверхности пальцев кистей.

Ладонно-подошвенная кератодермия отличается заметным желтовато-оранжевым оттенком (восковидным), развивается в течение нескольких недель и сопровождается поражением ногтей, которое характеризуется их утолщением в связи с резко выраженным гиперкератозом ногтевого ложа, помутнением ногтевых пластинок, желтоватым оттенком. Подногтевая роговая масса спаяна с ногтевой пластинкой, имеет пористый характер и напоминает сердцевину тростника. На ногтевых пластинках выражена продольная исчерченность. Надавливание на ноготь вызывает болезненность.

2. Проводится системная и наружная терапия больных. Изотретиноин 1 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 12- 26 недель или метотрексат 5-30 мг в неделю. При непереносимости изотретиноина и метотрексата: ацитретин 25-50 мг в сутки перорально, длительность терапии определяется характером патологического процесса или ацитретин 25 мг в сутки перорально + UVA 1-фототерапия, в первоначальной дозе 30 Дж/см² с повышением до 60 Дж/см² на 2-й день, до 90 Дж/см² на 3-7-й дни и до 100 Дж/см² на 8-15-й дни. 15 процедур 5 раз в неделю.

Топическая терапия проводится в сочетании с системной терапией для уменьшения частоты развития и выраженности нежелательных явлений последней. На очаги поражения наносятся: эмоленты 2 раза в день, 2% салициловая мазь 2 раза в день.

При ограниченных высыпаниях: пимекролимус 1% крем 1 раз 20 г в день (при массе тела менее 45 кг- 10 г в день) или кальципотриол 50 мкг/г 2 раза в день в течение 2-10 месяцев.

При распространенных высыпаниях: топические глюкокортикостероидные препараты.

При тяжелом течении, резистентном к терапии, для лечения взрослых больных используют биологические препараты.

Этот тип заболевания характеризуется хорошим прогнозом. Несмотря на тяжесть заболевания, которая может сопровождаться нарушением трудоспособности, более чем у 80% больных в течение 3 лет наступает полная ремиссия.

ЗАДАЧА 8

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась девушка 22 лет с жалобами на появление «пятен» на коже туловища и конечностей в виде уплотненных бляшек восковидного цвета с розовато фиолетовым венчиком, с тенденцией к росту и слиянию.

Считает себя больной около 2 лет, когда впервые без видимых причин отметила появление плотного буровато-желтоватого очага на коже предплечий, а затем на коже низа живота. Обращалась к дерматологу, получала курсы антибактериальной терапии и смягчающих кремов. Отмечала появление дерматита. Обратилась для уточнения диагноза и лечения.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: гастрит; гинекологический анамнез: Б-0, менструация с 12 лет, 3-5 дней; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный, несимметричный характер. Сыпь обильная. На коже предплечий – медиальные поверхности, плеч – латеральные поверхности, на коже живота, внутренней поверхности бедер и голеней имеются восковидно-буроватого и белесого цвета бляшки. Кожа в очаге плотновата, поверхность представляется блестящей. По периферии бляшек прослеживается розовато-сиреневый ободок. Фолликулярный аппарат сглажен, пушковые волосы отсутствуют. В лучезапястных суставах намечается сгибательная контрактура. Субъективно: чувство стягивания в очагах и тугоподвижность в лучезапястных суставах.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение и перечислите методы профилактики прогрессирования данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больной можно заподозрить глубокую склеродермию. Это одна из тяжелых, прогрессирующих форм очаговой склеродермии, сопровождающееся поражением фасций и сухожилий, что приводит к контрактурам. Розовато-сиреневый ободок по периферии очага свидетельствует об активности процесса.

2. Больная нуждается в комплексном, длительном лечении и наблюдении у дерматологов и ревматологов. Гиалуронидаза 32-64 УЕ 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно или через день, на курс 15-20 инъекций или 64 УЕ- введение в очаг склеродермии 1 раз в 3 дня, на курс 7-10 процедур. Бензилпенициллин 300000–500000 ЕД 3–4 раза в сутки или 1 млн ЕД 2 раза в сутки внутримышечно, на курс 15–40 млн ЕД. Проводят 2–3 курса терапии с интервалом 1, 5–4 месяца. Вазоактивные препараты (Пентоксифиллин 100–200 мг перорально 3 раза в сутки или 400 мг перорально 1–2 раза в сутки в течение 4–6 недель). Наружно: Мометазон крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций или окклюзионных повязок. При назначении топических глюкокортикостероидных препаратов в виде аппликаций курс лечения составляет 4–12 недель, в виде окклюзионных повязок – 2–3 недели.

Немедикаментозная терапия: Ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона (УФА-1 терапия, длина волны 340-400 нм). УФА-1 терапия- один из эффективных методов лечения склеродермии при неглубоком поражении кожи и подлежащих тканей. Облучения УФА-1 светом начинают с дозы 5-20 Дж/см², последующие разовые дозы повышают на 5-15 Дж/см² до максимальной разовой дозы 20-60 Дж/см². Процедуры проводят с режимом 3-5 раз в неделю, курс составляет 20-60 процедур. Лазерное излучение красного диапазона (длина волны 0, 63–0, 65 мкм) проводят по дистанционной стабильной методике, расфокусированным лучом с плотностью мощности 3–5 мВт/см² и экспозицией 5–8 минут на поле. За процедуру облучают не более 4–5 полей при общей продолжительности воздействий не более 30 минут. Лазерное излучение инфракрасного диапазона (длина волны 0, 89 мкм) проводят в непрерывном или импульсном (80–150 Гц) режиме по дистанционной или контактной, стабильной или лабильной методике. Воздействия осуществляют по полям: при непрерывном режиме мощность излучения составляет не более

15 мВт, экспозиция на одно поле 2–5 мин, продолжительность процедуры – не более 30 минут. При импульсном режиме мощность излучения составляет 5–7 Вт/имп, экспозиция 1–3 минуты на поле, общее время воздействия – не более 10 минут. За процедуру облучают не более 4–6 полей. Курс лазерной терапии составляет 10–15 ежедневных процедур. Повторные курсы проводят с интервалом 3–4 месяца.

Больным рекомендуется избегать травматизации кожи, переохлаждения и перегревания, стрессовых ситуаций.

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился женщина 54 лет с жалобами на высыпания на коже стоп, сопровождающиеся зудом.

Считает себя больной около года, когда впервые отметила появление высыпаний, количество которых с течением времени увеличилось. Имеется тенденция к нарастанию зуда. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась. Связывает появление с посещением общественной бани.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: ЖКБ; гинекологический анамнез: Б-2, В-0, Р-2, менструация с 12 лет, 3-5 дней, менопауза с 50 лет; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный, ограниченный характер. Высыпания локализируются на коже межпальцевых складок и подошвенной поверхности стоп. На фоне слабовыраженной эритемы отмечается мелкое отрубевидное или муковидное шелушение. Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже «припудренный» вид. Субъективно отмечаются сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины кистей не изменены, ногтевые пластины стоп тусклые, желтоватого оттенка, деформированные. Субъективные ощущения в виде зуда.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациентки можно заподозрить микоз и онихомикоз стоп. Высыпания локализируются на коже межпальцевых складок и подошвенной поверхности стоп. На фоне слабовыраженной эритемы отмечается мелкое отрубевидное или муковидное шелушение. Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже «припудренный» вид. Субъективно отмечаются сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения. Ногтевые пластины стоп тусклые, желтоватого оттенка, деформированные. Субъективные ощущения в виде интенсивного зуда, в области трещин- болезненности. Связь заболевания с посещением общественной бани. Для подтверждения диагноза необходимо провести микроскопическое и культуральное исследование поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже.
2. При подтверждении диагноза микоз стоп больной необходимо назначить антимикотические препараты для наружного применения с учетом чувствительности, например, бифоназол крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 5 недель. При неэффективности наружной терапии назначают антимикотические препараты системного действия: итраконазол 200 мг в сутки перорально после еды в течение 7 дней, затем 100 мг в сутки перорально после еды в течение 1-2 недель или тербинафин 250 мг в сутки перорально после еды течение 3-4 недель, или флуконазол 150 мг перорально после еды 1 раз в неделю не менее 34 недель. Первичная профилактика: уход за кожей стоп с целью профилактики микротравм, потертостей, уstra-

нения гипергидроза (алюминия хлоргидрат 15%+децилен гликоль 1%) или сухости кожи (tetranyl U 1, 5%+мочевина 10%), плоскостопия и др.

Вторичная профилактика: дезинфекционная обработка обуви, перчаток 1 раз в месяц до полного излечения: ундецилен амидопропил тримониум метосульфат, спрей или хлоргексидина биглюконата, раствор 1%.

ЗАДАЧА 10

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился женщина 29 лет с жалобами на высыпания на коже груди и спины, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Считает себя больной около полугода, когда впервые отметила появление высыпаний, количество которых с течением времени увеличилось. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: бронхиальная астма, по поводу которой получает гормональную терапию; гинекологический анамнез: Б-2, А-1, Р-1, менструации с 12 лет, 3-5 дней, обильные; не курит, алкоголем не злоупотребляет. Страдает повышенным потоотделением.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический не воспалительный, ограниченный характер. Высыпания локализируются на коже груди и верхней части спины. Высыпания представлены множественными разного размера пятнами розовато-коричневого и желтовато-коричневого цвета, которые сливаются между собой, образуя крупные очаги с полициклическими очертаниями. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тurgор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины не изменены. Субъективных ощущений нет.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Какие диагностические пробы и исследования стоит провести для подтверждения диагноза.
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациентки можно заподозрить отрубевидный или разноцветный лишай. При постановке диагноза может быть использована проба Бальцера (йодная проба): при смазывании участков 5% настойкой йода или анилиновыми красителями пятна разноцветного лишая окрашиваются более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек. При поскабливании очагов отрубевидного лишая отслаивание разрыхленного рогового слоя (роговые массы снимаются в виде стружки- симптом Бенъе). Кроме того, можно провести осмотр в лучах люминесцентной лампы Вуда (характерно желтое или золотисто-бурое свечение). Свечение в лучах лампы Вуда наблюдается в основном в тех случаях, когда этиологическим агентом выступает *M. furfur* (около 1/3 заболевших). При микроскопическом исследовании чешуек, обработанных 10-20% раствором едкого калия (КОН) с 20-ти минутной экспозицией, обнаруживают элементы гриба (короткие изогнутые нити мицелия- гифы) в виде "фрикаделек" от 2 до 4 мкм в диаметре и крупные круглые и овальные споры с двухконтурной оболочкой в виде скоплений, напоминающих гроздь винограда.
2. Лечение отрубевидного лишая основано на применении противогрибковых препаратов местного и системного действия, а также кератолитических средств.
В качестве наружной терапии применяют бифоназол, 1% крем или 1% раствор 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) или Кетоконазол крем 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель), или клотримазол крем или раствор 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель). При неэффективности местной терапии назначают системные антимикотические препараты: кетоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 3-5

недель или итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 1 недели или 100 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно после еды в течение 15 дней (при сохранении единичных высыпаний после 2-х недельного перерыва рекомендуют проведение повторного курса лечения в той же дозе) или флуконазол 300 мг перорально 1 раз в неделю в течение 2 недель или 150 мг 1 раз в неделю перорально в течение 4 недель. Профилактика: во время лечения необходимо проводить дезинфекцию одежды больного, головных уборов, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и 5-кратным проглаживанием горячим утюгом во влажном виде с двух сторон. Следует также рекомендовать лечение членам семьи, если у них выявлено заболевание. В целях профилактики разноцветного лишая у лиц, предрасположенных к рецидивам заболевания, целесообразен прием кетоконазола в дозе 400 мг в месяц или 200 мг три дня подряд в течение месяца или итраконазола 400 мг один раз в месяц в течение 6 месяцев.

ЗАДАЧА 11

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 22 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица и груди.

Считает себя больным около 2 лет, когда впервые отметил появление высыпаний на коже волосистой части головы. К врачу не обращался, не лечился. Со временем высыпания распространились на кожу лица и груди. Заболевание приобрело волнообразное течение с периодами обострений и ремиссий. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: хронический гастрит; не курит, алкоголем не злоупотребляет. Страдает повышенным потоотделением.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический не воспалительный, распространенный характер. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, лица, груди. На лице высыпания локализуются в области крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей. Высыпания представлены очагами эритемы бледно-розового цвета округлой формы с незначительной инфильтрацией, на поверхности которой отмечается шелушение и корки желтого цвета. Субъективно – незначительный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Волосы и ногтевые пластины не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Какая картина характерна для дерматоскопии данного заболевания?
2. Перечислите основные принципы терапии и методы профилактики данного заболевания.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациента можно заподозрить себорейный дерматит. Дерматоскопия показывает желтые чешуйки, линейные и ветвящиеся сосуды, при отсутствии точечных, что отличает себорейный дерматит от псориаза.
2. При выраженном воспалении целесообразно применение глюкокортикостероидных препаратов со средней или высокой степенью противовоспалительной активности. По мере уменьшения выраженности воспаления используют глюкокортикостероидные препараты со слабой или средней степенью противовоспалительной активности: бетаметазона валерат 0, 1%, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней или мометазона фураат 0, 1%, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней.
Чтобы избежать риска развития нежелательных явлений, свойственных длительному использованию кортикостероидных препаратов, возможно применение пиритиона цинка или топических ингибиторов кальциневрина:
пиритион цинка 0, 2% аэрозоль, крем 2 раза в сутки наружно в течение 10–14 дней, шампунь – 3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости;

такролимус 0, 03%, 0, 1% мазь, 2 раза в день до 6 недель, поддерживающая терапия- 2 раза в неделю при необходимости.

Для лечения могут применяться кетоконазол, бифоназол и циклопироксоламин в форме крема и шампуня. Применение кетоконазола в профилактических целях способствует поддержанию ремиссии. Бифоназол и циклопироксоламин могут назначаться в форме шампуня 3 раза в неделю. Шампунь следует наносить на кожу головы и на область бороды. Время экспозиции 5–10 минут перед полосканием. После снятия обострения и достижения ремиссии частота использования шампуня может быть уменьшена до двух раз в неделю или по мере необходимости.

При выраженном зуде- антигистаминные препараты: акривастин 8 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14–20 дней или лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10–20 дней.

При тяжелой форме течения или резистентности к наружной терапии возможно назначение пероральных антимикотических препаратов: итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первой недели лечения, затем 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первых 2 дней последующих 2–11 месяцев лечения или тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки непрерывно в течение 4–6 недель, или 12 дней в месяц непрерывно в течение 3 месяцев или флуконазол 50 мг перорально 1 раз в сутки в течение 2 недель, или 200–300 мг 1 раз в неделю в течение 2–4 недель, или кетоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение 4 недель.

Методов профилактики не существует.

ЗАДАЧА 12

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы с очагами облысения, сопровождающиеся умеренным зудом.

Со слов матери, первые высыпания появились неделю назад на коже затылочной области. В течение недели появились аналогичные высыпания на коже теменной области справа. Самостоятельно лечились антигистаминными средствами, без эффекта.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже затылочной области, представлен в виде очага округлой формы до 3 см в диаметре с мелкими очагами отсева (до 0, 5 см) по периферии. На коже правой теменной области отмечается очаг овальной формы до 1, 5 см в диаметре. Высыпания представлены отечными эритематозными пятнами розового цвета с четкими границами, на поверхности которых отмечается мелкопластинчатое шелушение. Волосы в очагах поражения обломлены и выступают над поверхностью кожи на 4-5 мм. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже волосистой части головы.

Результаты лабораторного исследования: при микроскопическом исследовании визуализируется волос, окруженный «чехликом» из мозаично расположенных спор. В толще волоса обнаруживаются преимущественно нити мицелия. Выявление роста грибковой колонии *Microsporum Canis* на питательной среде.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы терапии

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, пациенту можно поставить микроспорию волосистой части головы. При микроспории волосистой части головы очаги поражения располагаются чаще в затылочной, теменной и височной областях. В начальном периоде заболевания на месте внедрения патогенного гриба возникает очаг шелушения. В дальнейшем характерно образование одного или двух крупных очагов округлых или овальных очертаний с четкими границами размером от 3 до 5 см в диаметре и нескольких мелких очагов-отсевов, размером от 0,3-1,5 см. Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 4-5 мм.
2. Микроспория волосистой части головы является показанием к назначению системных и местных антимикотических препаратов. Для лечения детей рекомендуется гризеофульвин перорально с чайной ложкой растительного масла 21-22 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до первого отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня. Волосы в очагах поражения сбривают 1 раз в 5-7 дней или эпилируют. Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней. Дополнительно проводится терапия местно-действующими препаратами: Циклопирокс крем 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель или кетоконазол крем, мазь 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель, или изоконазол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или бифоназол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или 3% салициловая кислота и 10% серная мазь наружно вечером + 3% спиртовая настойка йода местно утром.

ЗАДАЧА 13

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы с очагами облысения, сопровождающиеся умеренным зудом.

Со слов матери, первые высыпания появились неделю назад на коже затылочной области. В течение недели появились аналогичные высыпания на коже теменной области справа. Самостоятельно лечились антигистаминными средствами, без эффекта.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже затылочной области, представлен в виде очага округлой формы до 3 см в диаметре с мелкими очагами отсева (до 0,5 см) по периферии. На коже правой теменной области отмечается очаг овальной формы до 1,5 см в диаметре. Высыпания представлены отечными эритематозными пятнами розового цвета с четкими границами, на поверхности которых отмечается мелкопластинчатое шелушение. Волосы в очагах поражения обломлены и выступают над поверхностью кожи на 4-5 мм. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже волосистой части головы.

Результаты лабораторного исследования: при микроскопическом исследовании визуализируется волос, окруженный «чехликом» из мозаично расположенных спор. В толще волоса обнаруживаются преимущественно нити мицелия. Выявление роста грибковой колонии *Microsporum Canis* на питательной среде.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите требования к результатам лечения.
2. Перечислите противоэпидемические мероприятия при выявленной микроспории.

ОТВЕТЫ:

1. Требования к результатам лечения: разрешение клинических проявлений; отсутствие свечения волос под люминесцентным фильтром (лампой Вуда); три отрицательных контрольных результата микроскопического исследования на грибы (микроспория волосистой части головы- 1 раз в 5-7 дней). Ввиду возможности рецидивов, после окончания лечения, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении: при микроспории волосистой части головы- 3 месяца.
Контрольные микроскопические исследования при диспансерном наблюдении необходимо проводить: при микроспории волосистой части головы- 1 раз в месяц. Заключение о выздоровлении и допуске в организованный коллектив дает врач-дерматовенеролог.
2. На больного микроспорией, выявленного впервые, в 3-х дневный срок подается извещение в отделение учета и регистрации инфекционных заболеваний ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» и его филиалов, в территориальные кожно-венерологические диспансеры. Каждое новое заболевание следует рассматривать как впервые диагностированное.
3. При регистрации заболевания в медицинских организациях, организованных коллективах и других учреждениях сведения о заболевшем вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний.
4. Журнал ведется во всех медицинских организациях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений и других организованных коллективах. Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между медицинскими организациями и организациями государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
5. Проводится изоляция больного. При выявлении заболевания в детских учреждениях больного микроспорией немедленно изолируют и до перевода в больницу или домой проводят текущую дезинфекцию. До выздоровления больного микроспорией ребенка не допускают в дошкольное образовательное учреждение, школу; взрослого больного не допускают к работе в детские и коммунальные учреждения. Больному запрещается посещение бани, бассейна. В целях максимальной изоляции больному выделяют отдельную комнату или ее часть, предметы индивидуального пользования (белье, полотенце, мочалку, расческу и др.). В первые 3 дня после выявления больного в дошкольных образовательных учреждениях, школах, высших и средних специальных образовательных учреждениях и других организованных коллективах медицинским персоналом данных учреждений проводится осмотр контактных лиц. Осмотр контактных лиц в семье проводится врачом-дерматовенерологом. Осмотр проводится до проведения заключительной дезинфекции.
6. Дальнейшее медицинское наблюдение с обязательным осмотром кожных покровов и волосистой части головы с использованием люминесцентной лампы проводится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).
7. Текущую дезинфекцию в очагах организует медицинская организация, установившая заболевание. Текущую дезинфекцию до госпитализации, выздоровления проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо. Ответственность за выполнение текущей дезинфекции в организованных коллективах и медицинских организациях возлагается на его медицинский персонал. Текущая дезинфекция считается своевременно организованной, если население начинает выполнять ее не позднее, чем через 3 часа с момента выявления больного.
8. Заключительная дезинфекция проводится в очагах микроспории после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома независимо от сроков госпитализации или выздоровления. В некоторых случаях заключительную дезинфекцию проводят дважды (например, в случае изоляции и лечения больного ребенка в изоляторе школы интерната: после изоляции- в помещениях, где находился больной и после выздоровления- в изоляторе). Если заболевает ребенок, посещающий детское дошкольное учреждение или школу, заключительную дезинфекцию проводят в детском дошкольном учреждении (или школе) и дома. В общеобразовательной школе заключительную дезинфекцию проводят по эпидемиологическим показаниям. Заключительную

дезинфекцию в очагах проводит дезинфекционная станция. Камерной дезинфекции подлежат постельные принадлежности, верхняя одежда, обувь, головные уборы, ковры, мягкие игрушки, книги и др.

Заявка на заключительную дезинфекцию в домашних очагах и единичных случаях в организованных коллективах подается медицинским работником медицинской организации дерматовенерологического профиля.

При регистрации 3 и более случаев микроспории в организованных коллективах, а также по эпидемиологическим показаниям, организуется выход медицинского работника медицинской организации дерматовенерологического профиля и эпидемиолога учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора. По указанию эпидемиолога назначается заключительная дезинфекция, определяется объем дезинфекции.

Медицинским работником, установившим заболевание, проводится работа по выявлению источника заражения (наличие контакта с больными животными). Животных (кошек, собак) направляют в ветеринарную лечебницу для обследования и лечения с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за больным микроспорией. В случае подозрения на бездомное животное информация передается в соответствующие службы по отлову животных.

ЗАДАЧА 14

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 29 лет с жалобами на появление высыпаний на лице, сопровождающихся зудом.

Из анамнеза известно, что высыпания появились 2 дня назад. Кроме того, пациентка уточнила, что ее ребенок 5 лет в данный момент получает лечение от микроспории волосистой части головы, подтвержденной лабораторными исследованиями.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены; гинекологический анамнез: Б-2, А-1, Р-1, менструации с 12 лет, 3-5 дней, обильные; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже щеки с правой стороны, представлен эритематозным пятном диаметром 1, 5 см с четкими границами, округлых очертаний, покрытым сероватыми чешуйками, по периферии формируется возвышающийся валик, покрытый пузырьками и серозными корочками. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже волосистой части головы.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить у пациентки?
2. Перечислите методы диагностики, необходимые для подтверждения диагноза.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить микроспорию гладкой кожи.
2. Диагноз микроспории основывается на данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований:
 - микроскопического исследования на грибы (не менее 5 раз);
 - осмотра под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) (не менее 5 раз);
 - культурального исследования для идентификации вида возбудителя с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий;При назначении системных антимикотических препаратов необходимо проведение:
 - общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней);
 - общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней);

-биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и через 3-4 недели) (АЛТ, АСТ, билирубин общий).

ЗАДАЧА 15

На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 29 лет с жалобами на появление высыпаний на лице, сопровождающихся зудом.

Из анамнеза известно, что высыпания появились 2 дня назад. Кроме того, пациентка уточнила, что ее ребенок 5 лет в данный момент получает лечение от микроспории волосистой части головы, подтвержденной лабораторными исследованиями.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена; аллергические реакции отрицает; сопутствующие заболевания: не выявлены; гинекологический анамнез: Б-2, А-1, Р-1, менструации с 12 лет, 3-5 дней, обильные; не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже щеки с правой стороны, представлен эритематозным пятном диаметром 1, 5 см с четкими границами, округлых очертаний, покрытым сероватыми чешуйками, по периферии формируется возвышающийся валик, покрытый пузырьками и серозными корочками. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы и ногтевые пластины не изменены. При осмотре с лампой Вуда определяется изумрудное свечение в очагах поражения на коже.

Результаты лабораторного исследования: при микроскопическом исследовании визуализируется споры гриба. Выявление роста грибковой колонии *Microsporum Canis* на питательной среде.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение данной пациентке.
2. Перечислите методы профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. При микроспории гладкой кожи (менее 3 очагов поражения) без поражения пушковых волос применяют наружные антимикотические средства:
Циклопирокс крем 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель или
кетоназол крем, мазь 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель, или
изоконазол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или
бифоназол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель, или
3% салициловая кислота и 10 % серная мазь наружно вечером + 3% спиртовая настойка йода местно утром. Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.
2. Профилактические мероприятия при микроспории включают санитарно-гигиенические, в т. ч. соблюдение мер личной гигиены и дезинфекционные мероприятия (профилактическая и очаговая дезинфекция).
Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских и медицинских организациях.
Профилактические санитарно-гигиенические и дезинфекционные мероприятия проводятся в парикмахерских, банях, саунах, санитарных пропускниках, бассейнах, спортивных комплексах, гостиницах, общежитиях, прачечных и т. д.

3 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6:

ЗАДАЧА 1

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 34 лет с жалобами на высыпания на головке полового члена.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 8 дней, когда впервые появились высыпания в виде эрозий на головке полового члена. Увеличение лимфатических узлов в паховой области отмечает в течение 4 дней. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Генитальный герпес, рецидивирующее течение. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: неженат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1 месяц назад.

Локальный статус: высыпания располагаются на головке полового члена в виде эрозий, округлых очертаний, размером 1 x 1 см, с ровными краями, гладким, блестящим дном красного цвета, с умеренно плотным инфильтратом в основании, безболезненные при пальпации. Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить первичный сифилис. Необходимо провести реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) для выявления антител к возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*).
2. Лечение больных первичным сифилисом: - бициллин-1 (А) 2, 4 млн ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции;
- бициллин-5 (В) 1, 5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций;
- бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 суток;
- бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.
Препарат выбора — дюранный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в применении. Препараты средней дюрантности или водорастворимый пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре (при осложненном течении заболевания, соматически отягощенных больных и др.).

ЗАДАЧА 2

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 54 лет с жалобами на высыпания на языке.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые появились высыпания в виде эрозий на спинке языка. За несколько дней до появления высыпаний заболел простудой, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: Сахарный диабет 2 типа. Генитальный герпес, рецидивирующее течение. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: неженат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Локальный статус: высыпания располагаются на спинке языка в виде эрозивных папул, округлых очертаний, размером 0,8 x 1,3 см, с неровными краями, гладким, блестящим дном, сопочки в области высыпаний практически отсутствуют (так называемые "лоснящиеся" папулы, бляшки "скошенного луга"). Субъективные ощущения отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить вторичный сифилис. Необходимо провести реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) для выявления анти-тел к возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*).
2. Лечение больных вторичным сифилисом:
 - бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней;
 - бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток;
 - бициллин-1 (А) 2, 4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций (для вторичного сифилиса).
 - пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 27 лет с жалобами на высыпания на туловище.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые высыпания появились на коже туловища. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: отрицает. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: непереносимость препаратов пенициллина. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Локальный статус: поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней и боковых поверхностях груди и живота. Высыпания представлены множественными розово-красными розеолами и папулами, округлой формы, имеют четкие границы, размером 0, 5-1 см. Высыпания не сливаются между собой, исчезают при надавливании, папулы плотные, поверхность гладкая, субъективные ощущения отсутствуют. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить вторичный сифилис. Необходимо провести реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) для выявления анти-тел к возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*).
2. С учетом непереносимости пенициллина в анамнезе данному больному следует назначить лечение цефтриаксоном 1, 0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 28 суток. Препаратом резерва является доксициклин 0, 1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток.

ЗАДАЧА 4

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 25 лет с жалобами на высыпания на половой губе.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение 2-х недель, когда впервые появилось высыпание в виде эрозии на половой губе, в дальнейшем сформировалась язва и увеличились лимфатические узлы в паховой области справа. За некоторое время до появления высыпания заболела простудой, по поводу которой принимала противовирусные препараты.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Генитальный герпес, рецидивирующее течение. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Семейное положение: не замужем, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1, 5 месяца назад.

Локальный статус: Высыпание располагается на правой половой губе в виде язвы округлых очертаний, размером 1х1, 5 см, с не ровными краями, с блестящим дном красного цвета, с плотным инфильтратом в основании, безболезненной при пальпации. Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны. Кожные покровы нормальной окраски, высыпаний не выявлено.

Результаты лабораторных исследований: Реакция пассивной гемагглютинации – положительная 4+ титр 1: 1280.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно выставить? Обоснуйте.
2. Назначьте лечение больной.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, больной можно выставить диагноз первичного сифилиса. При первичном сифилисе в месте внедрения бледных трепонем развивается первичный аффект – эрозия или язва диаметром от 2-3 мм (карликовый шанкр) до 1, 5-2 см и более (гигантский шанкр), округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании первичной сифиломы – плотноэластический инфильтрат. Первичный аффект сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом. Величина лимфоузлов может варьировать от размеров фасоли до куриного яйца. Увеличенные лимфоузлы безболезненны, плотноэластической консистенции.
2. Результаты лабораторных исследований: Реакция пассивной гемагглютинации – положительная 4+ титр 1: 1280.
3. Лечение больных первичным сифилисом: - бициллин-1 (А) 2, 4 млн ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции;
- бициллин-5 (В) 1, 5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций;
- бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 суток;
-бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.
4. Препарат выбора - дюранный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в применении. Препараты средней дюрантности или водорастворимый пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре (при осложненном течении заболевания, соматически отягощенных больных и др.).

ЗАДАЧА 5

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 26 лет с жалобами на жжение и болезненность при мочеиспускании, болезненность при половом акте.

Анамнез заболевания: выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов беспокоят в течение последних 2 месяцев. Обратила внимание на то, что постоянный половой партнер отмечает учащение мочеиспускания после возвращения из командировки. Половой партнер к врачу обращаться отказывается. В течение двух недель отмечает покраснение

и сухость правого глаза, отечность конъюнктивы. В течение последней недели отмечает болезненность в коленном суставе.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, необильные слизистые уретральные выделения, гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, с необильными слизистыми выделениями. Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Матка в anteфлексio, неувеличена, в смещении безболезненная. Придатки не пальпируются, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Результаты лабораторного обследования: Полимеразная цепная реакция на *C. trachomatis*: Обнаружена ДНК *C. trachomatis*

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно поставить больной? Обоснуйте.
2. Назначьте лечение больной. Как проводится установление излеченности?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, больной можно поставить хламидийную инфекцию. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; межменструальные кровянистые выделения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в нижней части живота.
2. Обнаружена ДНК *C. trachomatis*.
3. Рекомендуются для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы, аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита назначение перорально одного из следующих антибактериальных препаратов: доксициклин 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней или азитромицин** 1, 0 г однократно.
4. Установление излеченности хламидийной инфекции на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ЗАДАЧА 6

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 28 лет с жалобами на жжение и болезненность при мочеиспускании, болезненность при половом акте.

Анамнез заболевания: выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов беспокоят в течение последних 2 месяцев. Обратила внимание на то, что постоянный половой партнер отмечает учащение мочеиспускания после возвращения из командировки. Половой партнер к врачу обращаться отказывается. В течение двух недель отмечает покраснение и сухость правого глаза, отечность конъюнктивы. В течение последней недели отмечает болезненность в коленном суставе.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, беременность 6 недель. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, необильные слизистые уретральные выделения, гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, с необильными слизистыми выделениями. Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Матка соответствует сроку беременности. Придатки не пальпируются, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Результаты лабораторного обследования: Полимеразная цепная реакция на *C. trachomatis*: Обнаружена ДНК *C. trachomatis*.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно поставить больной? Обоснуйте.
2. Назначьте лечение больной. Возможно ли его проведение в 1 триместре беременности?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, больной можно поставить хламидийную инфекцию. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; межменструальные кровянистые выделения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в нижней части живота.
2. Обнаружена ДНК *C. trachomatis*.
3. Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов. Лечение беременных: джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или азитромицин 1, 0 г перорально однократно.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 23 лет с жалобами на слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, дискомфорт, зуд, жжение в области уретры, болезненность во время половых контактов, учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 4 дней, когда впервые появились симптомы.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: отрицает. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 дня назад.

Локальный статус: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; слизисто-гнойные выделения из уретры.

Результаты лабораторных исследований: ПЦР: наличие ДНК уреаплазмы в образце

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите меры профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных можно говорить об инфекции, вызванной уреаплазмой.
2. Больному необходимо назначить: доксициклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней или джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10 дней. Основные меры профилактики включают использование презервативов при половых контактах, исключение случайных связей, регулярное обследование у врача и своевременное лечение.

ЗАДАЧА 8

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 32 лет с жалобами на выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко — пенистые, с неприятным запахом; зуд, жжение в области половых органов; болезненность во время половых контактов, а также зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании и дискомфорт в нижней части живота.

Анамнез заболевания: считает себя больной около месяца, когда появились выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-0. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается невыраженная гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, небилыми серо-желтые жидкие пенистые выделениями с неприятным запахом; петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки). Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Придатки увеличены, болезненны. Влагалищные своды высокие, свободные.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больной? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Назначьте лечение больной. Перечислите меры профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у больной можно заподозрить урогенитальный трихомониаз, осложненный сальпингофоритом. Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований — обнаружении *T. vaginalis* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:
- микроскопического исследования нативного препарата, или «влажного мазка» (фазово-контрастная или темнопольная микроскопия). Необходимым условием является проведение исследования немедленно после получения биологического материала. Наибольшая чувствительность (до 70%) и специфичность (до 100%) микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания, в особенности у женщин;

- молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (чувствительность — 88—97%, специфичность — 98—99%);
 - культурального исследования (чувствительность — до 95%), показанного при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании. Однако метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.
2. Кроме того, рекомендована консультация гинеколога.
 3. Единственным классом препаратов, рекомендуемым для лечения урогенитального трихомониаза, являются 5-нитроимидазолы, к которым чувствительны большинство штаммов *T. vaginalis*. Лечение осложненного трихомониаза: метронидазол 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или 2, 0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней, орнидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней или тинидазол 2, 0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней. При лечении осложненных форм урогенитального трихомониаза возможно одновременное применение местнодействующих протистостатических препаратов: метронидазол, вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней (метронидазол, гель 0, 75% 5 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 5 дней. Основные меры профилактики включают использование презервативов при половых контактах, исключение случайных связей, регулярное обследование у врача и своевременное лечение.

ЗАДАЧА 9

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 32 лет с жалобами на выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко — пенистые, с неприятным запахом; зуд, жжение в области половых органов; болезненность во время половых контактов, а также зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Анамнез заболевания: считает себя больной около месяца, когда появились выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, беременность 10 недель. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается невыраженная гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, небилыми серо-желтые жидкие пенистые выделения с неприятным запахом; петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки). Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна. Наружный зев округлый.

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, матка соответствует сроку беременности, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Придатки не увеличены, безболезненны.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больной? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Назначьте лечение больной. Возможно ли назначение терапии во время беременности?

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у больной можно заподозрить урогенитальный трихомониаз. Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований — обнаружении *T. vaginalis* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:
 - микроскопического исследования нативного препарата, или «влажного мазка» (фазово-контрастная или темнопольная микроскопия). Необходимым условием является проведение исследования немедленно после получения биологического материала. Наибольшая чувствительность (до 70%) и специфичность (до 100%) микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания, в особенности у женщин;
 - молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (чувствительность — 88—97%, специфичность — 98—99%);
 - культурального исследования (чувствительность — до 95%), показанного при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании. Однако метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.
2. Кроме того, рекомендована консультация гинеколога.
3. Единственным классом препаратов, рекомендуемым для лечения урогенитального трихомониаза, являются 5-нитроимидазолы, к которым чувствительны большинство штаммов *T. vaginalis*. Лечение беременных, больных урогенитальным трихомониазом, осуществляется не ранее II триместра беременности по схеме: метронидазол 2, 0 г однократно.

4 семестр

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9:

ЗАДАЧА 1

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 43 лет с жалобами на появление белых пятен на коже туловища и голеней.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 10 лет, когда после солнечного ожога появились единичные пятна на коже туловища. Площадь депигментированных пятен медленно увеличивается. Кроме того, на местах травматизации появляются новые пятна. Появление новых пятен сопровождается легким зудом.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-1; Р-1. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: Поражение кожи хронического не воспалительного характера. Высыпания располагаются на коже туловища, голеней. На коже туловища представлены отдельными депигментированными пятнами молочно-белого цвета неправильной формы диаметром от 2 см до 5 см, с четкими границами. На коже голеней визуализируются множественные мелкие депигментированные пятна белого цвета диаметром от 0, 2 до 0, 3 см, расположенные перифолликулярно, границы участков депигментации четкие. Рост пушковых и остистых волос не нарушен, пигмент не сохранен.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больного? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Назначьте лечение больной.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить витилиго.

2. Диагноз витилиго основывается на данных анамнеза и клинической картине заболевания — наличии на коже пятен молочно-белого цвета с четкими контурами и типичной локализацией. При первичном осмотре целесообразно фиксировать вид и расположение белых пятен путем фотографирования. Для более четкой визуализации очагов витилиго и проведения дифференциальной диагностики рекомендуется их осмотр с использованием лампы Вуда. Гистологическое исследование биоптатов кожи показано в случаях, когда диагноз не ясен и клинически невозможно определить вариант дисхромии кожи.
3. Применение топических глюкокортикостероидных препаратов является методом первой линии терапии больных ограниченными формами несегментарного витилиго и больных сегментарным витилиго. Метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций или алклометезона дипропионат, крем, мазь 1 раз в сутки наружно в виде аппликаций, или бетаметазона дипропионат, крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций, или клобетазола пропионат, крем, мазь наружно 1 раз в сутки в виде аппликаций. В случаях отсутствия эффекта от применения топических глюкокортикостероидных препаратов альтернативным средством являются топические ингибиторы кальциневрина: такролимус, 0, 1% мазь наружно 2 раза в сутки в виде аппликаций или такролимус, 0, 03% мазь наружно 2 раза в сутки в виде аппликаций, или пимекролимус, 1% крем наружно 2 раза в сутки в виде аппликаций.

ЗАДАЧА 2

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 47 лет с жалобами на появление пятен на коже кистей.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 10 лет, когда после ожога появились единичные пятна на коже тыльной поверхности кистей. Площадь депигментированных пятен медленно увеличивается. Кроме того, на местах травматизации появляются новые пятна. Появление новых пятен сопровождается легким зудом.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-1; Р-1, менопауза с 50 лет. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: Поражение кожи хронического не воспалительного характера. Высыпания располагаются на коже тыльной поверхности кистей. Высыпания представлены отдельными депигментированными пятнами молочно-белого цвета неправильной формы диаметром от 2 см до 5 см, с четкими границами.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза?
2. Какие немедикаментозные методы лечения данного заболевания применяют. Перечислите методы профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить витилиго.
2. Диагноз витилиго основывается на данных анамнеза и клинической картине заболевания — наличии на коже пятен молочно-белого цвета с четкими контурами и типичной локализацией. При первичном осмотре целесообразно фиксировать вид и расположение белых пятен путем фотографирования. Для более четкой визуализации очагов витилиго и проведения дифференциальной диагностики рекомендуется их осмотр с использованием лампы Вуда. Гистологическое исследование биоптатов кожи показано в случаях, когда диагноз не ясен и клинически невозможно определить вариант дисхромии кожи.
3. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм является одним из наиболее эффективных методов лечения витилиго. Облучения начинают с дозы 0, 1—0, 25 Дж/см², процедуры проводят с режимом 2—3 раза в неделю (но не 2 дня подряд). Каждую последующую процедуру разовую дозу увеличивают на 5—20% до появле-

ния слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями. В дальнейшем при наличии эритемы разовую дозу оставляют постоянной, при отсутствии эритемы дозу увеличивают на 5—20%. На курс назначают от 20 до 100 процедур и более.

4. Широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (син. селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм) способствует уменьшению активности течения заболевания. Облучения начинают с дозы, равной 0, 01—0, 025 Дж/см² или составляющей 25—30% от минимальной эритемной дозы. Последующие разовые дозы увеличивают через каждые 2—4 процедуры на 1/4—1/3 до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями, после чего дозу оставляют постоянной. Максимальная разовая доза варьирует от 0, 1 до 0, 59 Дж/см². Процедуры проводят с режимом 2—3 раза в неделю. На курс назначают от 20 до 100 процедур и более.
5. Лечение ультрафиолетовым эксимерным лазерным излучением с длиной волны 308 нм. Минимальная эритемная доза в очагах витилиго эквивалентна минимальной эритемной дозе (100 мДж/см²), регистрируемой у больных с I фототипом кожи, в связи с чем облучения начинают с дозы, равной 50—100 мДж/см². При локализации очагов витилиго на коже лица, шеи и подмышечных впадин начальная доза облучения составляет 50 мДж/см² (0, 5 минимальной эритемной дозы). При расположении очагов поражения на туловище или конечностях лечение начинают с разовой дозы 100 мДж/см² (1 минимальная эритемная доза). Процедуры проводят с режимом 2 раза в неделю. Дозу облучения увеличивают каждую процедуру или каждую 2-ю процедуру на 25—100 мДж/см² (0, 25—1 минимальная эритемная доза) до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями. При последующих процедурах дозу оставляют постоянной или увеличивают на 25—50 мДж/см² (0, 25—0, 5 минимальной эритемной дозы) в зависимости от наличия и интенсивности эритемы, а также индивидуальной переносимости пациентом лечения. На курс назначают от 20 до 60 процедур и более.
6. Лечение ультрафиолетовым эксимерным монохроматическим светом с длиной волны 308 нм. В зависимости от локализации очагов депигментации начальная доза облучения составляет 0, 05—0, 2 Дж/см² (50—70% минимальной эритемной дозы). Процедуры проводят с режимом 2 раза в неделю. Разовую дозу облучения увеличивают каждую процедуру или через 1—2 процедуры на 0, 05—0, 1 Дж/см² (на 10—40% минимальной эритемной дозы) до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями, после чего оставляют постоянной. На курс назначают от 20 до 60 процедур и более.
7. ПУВА-терапия с пероральным применением фотосенсибилизатора. Амми большой плодов фурукумарины 0, 8 мг/кг массы тела перорально однократно за 2 часа до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом (длина волны 320—400 нм) или метоксален 20 мг (2 капсулы) перорально однократно за 2—4 часа до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом (длина волны 320—400 нм).
8. Облучения начинают с дозы УФА, составляющей 25—50% от минимальной фототоксической дозы, или с 0, 1—0, 5 Дж/см². Процедуры проводят 2—3 раза в неделю (но не 2 дня подряд). При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую вторую-третью процедуру на 10—20% или на 0, 2—0, 5 Дж/см². При появлении слабо выраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Максимальное значение разовой дозы облучения — 5 Дж/см². ПУВА-терапию проводят в виде повторных курсов, состоящих из 15—25 процедур с интервалом 1—3 месяца, или одного продолжительного курса, включающего 100 процедур и более. Следует учитывать, что данный метод лечения имеет ряд побочных эффектов, ограничивающих его применение: фотосенсибилизация глаза кожи, риск развития катаракты и рака кожи. Нередко ПУВА-терапия приводит к выраженной гиперпиг-

ментации и формированию резкого контраста между пораженной, репигментированной и видимо здоровой кожей.

9. Больным рекомендуется избегать стрессовых ситуаций, интенсивного солнечного облучения, травматизации кожи. При солнечной погоде необходимо защищать пораженную кожу от солнечных лучей фотозащитными средствами.

ЗАДАЧА 3

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 58 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 1, 5 лет, когда впервые отметила появление высыпаний на коже локтевых и коленных суставах, тыльной стороне кистей, запястьях. К врачу не обращалась, самостоятельно использовала смягчающие кремы, без эффекта. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, 3-5 дней, умеренные, Б-3; Р-3. Семейное положение: замужем.

Локальный статус: Кожный процесс носит распространенный, симметричный характер, локализуется на коже живота, локтевых сгибах, тыльной стороне кистей и стоп, голени.

Высыпания представлены множественными, рассеянными блестящими папулами и пятнами розового цвета с фиолетовым оттенком. Некоторые из них сливаются между собой, придавая очагам сетчатый вид.

Результаты обследования: Биопсия кожи: При морфологическом исследовании в верхнем и среднем слоях дермы наблюдаются хронические инфильтраты и гранулематозное воспаление, очаги некробиоза соединительной ткани, окруженные частоколом гистиоцитов; гигантские многоядерные клетки.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Назначьте лечение. Перечислите методы профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациентки можно заподозрить кольцевидную гранулему.
2. В пользу данного диагноза свидетельствует характерная клиническая картина и результаты гистологического исследования.
 - токоферола ацетат: 200-400 мг в сутки перорально в течение 20-40 дней;
 - витамин Е + ретинол 1 драже 1-3 раза в день перорально в течение 1 месяца;
 - аскорбиновая кислота + рутин: 1 таблетка 3 раза в день перорально в течение 20-40 дней.
3. Наружно рекомендовано использовать ТГКС: метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь, эмульсия 0, 1% 1 раз в сутки вечером в течение 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2-3 недель, мометазона фуроат крем, мазь, лосьон 0, 1% 1 раз в сутки вечером в течение 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2-3 недель, клобетазола пропионат, крем, мазь 0, 05% 1 раз в сутки вечером в течение 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2-3 недель.
4. Немедикаментозная терапия: Криотерапия 1 раз в 7-10 дней, на каждый очаг по 3-5 процедур. При этом обрабатывают всю поверхность небольших очагов и активные края более крупных очагов (диаметром более 4 см). Возможны временные побочные эффекты (боль, образование пузыря и местный отек) и продолжительные осложнения (очаговая гипопигментация и периферическая гиперпигментация).

ЗАДАЧА 4

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 43 лет с жалобами на появление двусторонних залысин на лбу и темени, субъективно не беспокоящих.

Анамнез заболевания: Первые проявления выпадения волос в области лба появились 6 лет назад и затем постепенно распространились на область темени.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена.

Локальный статус: Кожный патологический процесс носит ограниченный симметричный не воспалительный характер.

Локализуется на коже волосистой части головы преимущественно в лобно-теменной области. Представлен участками поредения волос в лобно-теменной области. Тест на натяжение волос отрицательный.

При дерматоскопии определяются волосы разного диаметра, пушковые волосы, растущие из миниатюризированного фолликула.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно заподозрить у больного? Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза? Определите стадию заболевания по шкале Норвуда-Гамильтона
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных, у пациента можно заподозрить андрогенетическую алопецию. Диагноз андрогенетической алопеции устанавливается на основании клинических данных. Рекомендовано проведение дерматоскопии и для исключения наличия гиперандрогении исследование уровня общего тестостерона в крови, исследование свободного тестостерона в крови, исследование уровня дигидротестостерона в крови, исследование уровня андростендиона в крови, исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата в крови, исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови, исследование уровня глобулина, связывающего половые гормоны, в крови, исследование уровня пролактина в крови. 2 стадия по шкале Норвуда-Гамильтона.
2. Применение топических препаратов миноксидила 5% в течение года. Плазмотерапия аутологичной плазмой, мезотерапия. Контроль и восполнение дефицитов микроэлементов.

ЗАДАЧА 5

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 49 лет с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания: 8 лет назад впервые отметил появление симметричных синюшно-красных высыпаний на коже голеней, которые впоследствии медленно трансформировались в узлы, а также нарастал отек нижних конечностей.

В анамнезе хронические заболевания: ХОБЛ, хронический панкреатит, atopический дерматит. Наследственность отягощена: у отца бронхиальная астма. Аллергологический анамнез: аллергия на шоколад, яйца, орехи, пыльцу растений. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: поражение кожи носит хронический воспалительный характер. Высыпания располагаются симметрично на коже голеней, представлены единичными узлами краснокоричневого цвета, округлой формы с четкими краями, возвышающиеся над поверхностью кожи. При пальпации элементы безболезненные, плотной консистенции. Отмечается лимфатический отек нижних конечностей с обеих сторон.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Обоснуйте. Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному. Профилактика.

ОТВЕТЫ:

1. С учетом предоставленных данных, у пациента можно заподозрить классическую форму саркомы Капоши. На коже дистальных отделов нижних конечностей появляются одно- или двухсторонние синюшно-красные пятна диаметром 1-5 см с четкими границами, напоминающие гематому. Далее элементы медленно растут, трансформируясь в плотные узелки (при слиянии формируют бляшки) и узлы. Крупные узлы на нижних конечностях темнеют (из-за отложения гемосидерина) и изъязвляются, вызывая отторжение некротизированных тканей. По периферии узелков наблюдаются выраженные отеки с явлениями лимфостаза (в дальнейшем образуются участки фиброза). Диагностика СК основана на результатах физикального обследования (характерные клинические проявления на коже и слизистых оболочках). Для верификации диагноза используют гистологическое исследование биоптатов кожи и идентификацию HHV-8 с помощью молекулярно-биологических методов исследования.
2. При локализованной форме показано: хирургическое иссечение, криодеструкция, топические средства с 9-цис-ретиноевой кислотой, лучевая терапия.
3. Профилактика: Особое внимание уделяется пациентам, получающим иммуносупрессивную терапию, с выявлением лиц, инфицированных HHV-8 и повышением их иммунного статуса. Вторичная профилактика включает диспансерное наблюдение за больными в целях предотвращения рецидива заболевания, осложнений после лечения и их реабилитацию.

ЗАДАЧА 6

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 67 лет с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания: 15 лет назад впервые отметил появление высыпаний на коже голеней в виде розовых пятен. Обратился к врачу, было назначено лечение «какими-то» мазями с положительным эффектом. На протяжении 15 лет высыпания распространялись на кожу туловища. При обращении к врачам выставлялись разные диагнозы, назначалось лечение с временным положительным эффектом.

В анамнезе хронические заболевания: ХОБЛ, хронический панкреатит. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: не отягощен. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

Локальный статус: Поражение кожи хронического воспалительного характера. Патологический кожный процесс носит распространенный симметричный характер. На коже груди, живота, спины, плеч, разгибательной поверхности локтевых суставов, предплечий, ягодичной области, бедер и голеней наблюдаются эритематозно-сквамозные пятнистые элементы буровато-розового цвета, а также множественные бляшки неправильных очертаний, цвет которых варьирует от бледно-розового до застойно-розового цвета, с умеренной инфильтрацией и выраженным средним и мелкопластинчатым шелушением на поверхности. На поверхности отдельных очагов на коже спины имеются чешуйко-корки желтоватого цвета. На коже туловища и верхних конечностей – точечные и линейные эскориации, покрытые серозно-геморрагическими корками. На коже стоп – умеренный гиперкератоз. Субъективно – выраженный зуд.

Результаты обследования: Биопсия кожи с гистологическим исследованием: Эпидермис утолщен с незначительным акантозом, гиперкератозом, очаговым паракератозом, выраженным спонгиозом. В дерме вдоль нижней границы эпидермиса и периваскулярно инфильтрат, состоящий из лимфоцитов различной формы и размеров, в том числе с крупными гиперхромными ядрами неправильной формы и с примесью большого количества малых лимфоцитов и единичных эозинофилов. Выраженный эпидермотропизм с формированием микроабсцессов Потрие.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Какова распространенность данного заболевания?
2. Назначьте лечение больному.

ОТВЕТЫ:

1. С учетом предоставленных данных, у пациента можно заподозрить грибовидный микоз. Грибовидный микоз является наиболее часто встречающейся формой кожной Т-клеточной лимфомы и составляет 1% всех неходжскинских лимфом, 50% первичных лимфом кожи и 65% кожных Т-клеточных лимфом. Заболеваемость в мире равна 6-7 случаев/106 с регулярным повышением в последние десятилетия.
2. У пациентов с IA-IV и ПА стадиями используются следующие виды наружной терапии: топические глюкокортикостероидные препараты (бетаметазона дипропионат 0, 05% или мометазона фуорат 0, 1%) наносятся на поверхность высыпаний 2 раза в день до полного разрешения.
3. Узкополосное ультрафиолетовое облучение спектра В 311 нм проводится 2-3 раза в неделю, первая экспозиция должна быть не более 70% от ранее определенной минимальной эритемной дозы. Последующие экспозиции проводятся следующим образом: при отсутствии эритемы- время экспозиции увеличивается на 40%, при слабой эритеме- на 20%, при выраженной эритеме- остается тем же. Рекомендовано для пятен и тонких бляшек, отсутствуют выраженные побочные эффекты.
4. ПУВА-терапия. За 2 часа до облучения пациент принимает перорально 8-метоксипсорален в дозе 0, 6 мг на кг массы тела, начальная доза облучения зависит от типа кожи (0, 25-1, 0 Дж/см²), затем с каждым сеансом доза повышается на 0, 25-0, 5 Дж/см² или более в зависимости от выраженности эритемы. Лечение проводится 3-4 раза в неделю до разрешения высыпаний (30-35 сеансов). Общая доза варьирует от 50 до 80 Дж/см²- что бывает достаточным для достижения клинической ремиссии. Применяется при распространенных более инфильтрированных элементах-фолликулярной форме. Побочные эффекты включают эритему, тошноту, фоточувствительность и фото-карциногенез.
5. Локальная лучевая терапия используется у пациентов с небольшим количеством высыпаний (10-20 Gy на курс).
6. Тотальное облучение кожи (ТОК) проводится пациентам с распространенными высыпаниями и может назначаться как терапия первой или второй линии в дозе 20-30 Gy с T2 и T3 стадиями с отсутствием эффекта от топической терапии (максимальная доза на курс 36 Gy). ТОК проводится с использованием нескольких (чаще всего шести) электронных полей (переднее, заднее-правое и левое передние косые поля, правое и левое задние косые поля). Во время лечения экранируются глаза и ногти. Сеанс лечения обычно длительный и трудоемкий. РОД 1-1, 2-1, 5 Гр-СОД30-40 Гр. Необходимо помнить о лучевых повреждениях (эритема кожи, алопеция, дистрофия ногтей, выраженная сухость кожи), которые у большинства больных являются обратимыми (< 2 лет). ПУВА-терапия используется в виде поддерживающего лечения после ТОК.
7. При отсутствии или недостаточном эффекте местного лечения для терапии второй линии при ранних стадиях могут использоваться: ретиноиды (изотретиноин, этретинат) 0, 5-1 мг на кг массы тела в течение 2-3 месяцев.
8. Интерферон-а (IFN-a) также может использоваться как препарат первой линии для ПВ-III и эффективен в умеренно высоких дозах: 3-10 млн МЕ ежедневно или 3 раза в неделю. Лечение проводят до достижения полного контроля (отсутствия признаков дальнейшего прогрессирования). Можно комбинировать с ПУВА-ретиноидами и химиотерапией.
9. Метотрексат 25-75 мг в неделю. Лечение проводят до достижения полного контроля (отсутствия признаков дальнейшего прогрессирования) или до появления признаков непереносимой токсичности. Можно комбинировать с IFN-a.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 45 лет, у которого диагностирован ранний нейросифилис.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение больному.

2. Клинико-серологический контроль больных с нейросифилисом.

ОТВЕТЫ:

1. Лечение больных ранним нейросифилисом: -бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 12 млн ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно в течение 1, 5—2 часов. Растворы используют сразу после приготовления. По окончании курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн. ЕД
2. -бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно медленно в течение 3—5 минут в локтевую вену. По окончании курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн ЕД.
3. Больные нейросифилисом независимо от стадии должны находиться на КСК не менее 3 лет с обязательным контролем состава ЦСЖ 1 раз в 6—12 месяцев. Сохранение патологических изменений (с учетом нетрепонемных тестов) является показанием к дополнительному лечению.
4. Стойкая нормализация состава ЦСЖ, даже при сохранении остаточных клинических проявлений, является показанием к снятию с учета.

ЗАДАЧА 8

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 45 лет, у которого диагностирован поздний нейросифилис.

ВОПРОСЫ:

1. Назначьте лечение больному.
2. Клинико-серологический контроль больных с нейросифилисом.

ОТВЕТЫ:

1. Лечение больных поздним нейросифилисом: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 12 млн ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. По окончании 20-дневного курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн ЕД. Через 2 недели после инъекции бициллина-1 проводят второй курс лечения по аналогичной схеме: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. По окончании 20-дневного курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2, 4 млн ЕД 1 раз в 5 дней. Через 2 недели после инъекции бициллина-1 проводят второй курс лечения по аналогичной схеме.
2. Больные нейросифилисом независимо от стадии должны находиться на КСК не менее 3 лет с обязательным контролем состава ЦСЖ 1 раз в 6—12 месяцев. Сохранение патологических изменений (с учетом нетрепонемных тестов) является показанием к дополнительному лечению.
3. Стойкая нормализация состава ЦСЖ, даже при сохранении остаточных клинических проявлений, является показанием к снятию с учета.

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 23 лет с жалобами на появление 3 дня назад болезненности при мочеиспускании, частых позывов к мочеиспусканию, выделений из мочеиспускательного канала.

Анамнез заболевания: считает себя больным 3 дня, когда через 6 дней после полового контакта с малознакомой женщиной отметил появление выделений из уретры, рези при мочеиспускании и частых позывов к мочеиспусканию. Самостоятельно не лечился, обратился для диагностики и лечения.

Анамнез жизни: перенесенные и хронические заболевания: хронический тонзиллит. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: аллергия на бисептол в виде токсидермии. Курит по 10-12 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Локальный статус: Наружные половые органы сформированы правильно, органы мошонки не увеличены, безболезненны. Губки уретры отечны, гиперемированы, выделения скудные слизистые. Субъективно: рези при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите критерии излеченности.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить гонококковую инфекцию нижних отделов мочеполового тракта. Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований - обнаружении *N. gonorrhoeae* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:
2. -микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Метод обладает высокой чувствительностью (90-100%) и специфичностью (90-100%) при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями гонококковой инфекции. Характеризуется низкой чувствительностью (45-64%) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции;
3. -культурального исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Метод позволяет определять чувствительность гонококков к антибактериальным препаратам;
-молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.
4. Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез проводится следующими препаратами: цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно или цефиксим 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.
5. Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ЗАДАЧА 10

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 42 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся зудом, болезненностью при мочеиспускании.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течении 5 дней, когда впервые заметил боль при мочеиспускании и зеленые выделения из уретры. Отмечает также учащение позывов к мочеиспусканию. 10 дней назад был половой контакт с малознакомой женщиной, средства барьерной контрацепции не использовал. В анамнезе отмечает половые акты без использования барьерных средств контрацепции.

Анамнез жизни: перенесенные и хронические заболевания: хронический гепатит С. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Курит по 10-12 сигарет в день, алкоголем злоупотребляет.

Локальный статус: При объективном осмотре мужские половые органы развиты правильно, органы мошонки, половой член нормальных размеров, без аномалий развития, опухолевых обра-

зований. Специфических высыпных элементов нет. Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, из которого свободно стекают гнойные выделения.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей. При пальпации предстательная железа безболезненная, плотно-эластичная, размером около 3 см.

Результаты обследования:

Микроскопическое исследование: Грамотрицательный диплококк бобовидной формы

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите критерии излеченности.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у пациента можно заподозрить гонококковую инфекцию нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез.
2. Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез проводится следующими препаратами: цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно или цефиксим 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин 2, 0 г внутримышечно однократно.
3. Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ЗАДАЧА 11

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 23 лет с жалобами на высыпания на головке полового члена, сопровождающиеся жжением и зудом.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 дней, когда впервые высыпания появились.

Анамнез жизни: Перенесенные и хронические заболевания: отрицает. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 дня назад.

Локальный статус: на фоне гиперемии и отека слизистых оболочек в области головки полового члена имеются множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, после вскрытия которых образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом эрозии размером 2-4 мм. Отмечается увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно предположить? Какие методы диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Назначьте лечение больному. Перечислите меры профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. На основании полученных данных у больного можно заподозрить генитальный герпес. В данной клинической ситуации назначение каких-либо дополнительных методов исследования для установления диагноза не требуется. Однако, учитывая беспорядочные половые связи рекомендовано провести обследование на сифилис и ИППП.
2. Больному необходимо назначить: ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5 дней или ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней, или ацикловир 800

мг перорально 3 раза в сутки в течение 2 дней, или валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, или валацикловир 1, 0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня, или фамцикловир 125 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, или фамцикло-
вир 1, 0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня.

3. Основные меры профилактики включают использование презервативов при половых кон-
тактах, исключение случайных связей, регулярное обследование у врача и своевременное
лечение.

3.2.3. Тестовые задания для экзамена

1 семестр

ПК-2

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильно- го ответа		
1.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие.				А	Б	В
	Реакция кожи на УФИ		Повреждение кожи связано		3	1	2
	А	фототравматиче- ская	1	С реакцией кожи на УФИ и веще- ство, без сенсibilизации			
	Б	фототоксическая	2	С реакцией кожи на УФИ и веще- ство, с сенсibilизацией			
	В	фотоаллергиче- ская	3	С реакцией кожи только на УФИ			

Тестовые задания с выбором одного правильного ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
2.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант отве- та: Проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно- гигиеническое просвещение населения обязаны медицинские орга- низации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно А территориальной программе государственных гарантий бес- платного оказания гражданам медицинской помощи Б Трудовому кодексу Российской Федерации от 30. 12. 2001 г. № 197-ФЗ В программе добровольного медицинского страхования Г Федеральному закону № 323 от 21. 11. 2011 г. «Об осно- вах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Г
3.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант отве- та: К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермии, относят А мацерацию кожи Б соленую пищу	А

	В отравляющие вещества Г бытовые яды	
4.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К первичной профилактике пиодермий относят А санацию фокальной инфекции Б медицинские осмотры В общие УФ-облучения Г антисептическую обработку	Г
5.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больным холинергической крапивницей следует избегать А физического давления Б низких температур В физических нагрузок Г избыточных инсоляций	В
6.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Профессиональным дерматозам свойственна/свойственно А волнообразное течение Б регрессирующее течение В прогрессирующее течение Г ремиссия после прекращения контакта	Г
7.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Среди факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний ведущую роль играет А образ жизни Б несовершенство работы системы здравоохранения В окружающая среда Г генетическая предрасположенность	А
8.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: После регресса высыпаний аллергического дерматита пациенту можно сообщить, что сенсibilизация к аллергену А исчезает одновременно с высыпаниями Б требует длительной медикаментозной терапии В способствует развитию злокачественных новообразований крови Г сохраняется пожизненно	Г

ПК-3

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
----------	--------------------------------	------------------------------

1.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. Противоэпидемические мероприятия при чесотке включают в себя следующие положения и действия:				А	Б
					3	1
2.	Положения		Действия			
	А	Дети дошкольного и школьного возраста на время проведения лечения...	1	осуществляется трижды с интервалом в 10 дней		
	Б	Осуществление медицинского наблюдения за контактными лицами...	2	могут посещать организованные коллективы		
			3	отстраняются от посещения организованных коллективов.		
			4	осуществляется единой через 10 дней		

Тестовые задания с выбором одного правильного ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
3.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Если гражданин страдает заболеванием, представляющим опасность для окружающих, то медицинское вмешательство допускается А без согласия гражданина Б по приказу главного врача В по письменному согласию гражданина или его законного представителя Г с устного согласия гражданина или родственников	А
4.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Сложный очаг поражения возникает при воздействии А механического фактора Б термического фактора В психоэмоционального фактора Г химического фактора Д нескольких поражающих факторов	Д
5.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Своевременному оказанию медицинской помощи в зоне чрезвычайной ситуации не препятствуют А внезапное и одномоментное появление большого количества пострадавших, нуждающихся в оказании медицинской помощи, эвакуации и госпитализации Б отсутствие, нехватка и низкий уровень готовности практических хирургов и других специалистов к работе в экстремальных ситуациях В вероятность воздействия на медицинских работников и па-	Г

	циентов опасных и вредных факторов окружающей среды Г хорошая работоспособность медицинских работников и спасателей	
--	---	--

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенную последовательность цифр: При выявлении больного с вновь установленным диагнозом «Чесотка» лечащий врач должен заполнить извещение по форме № ____/у-кв.	086

Тестовые задания с выбором одного правильного ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
2.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лечащий врач должен заполнить извещение по форме № 089/у-кв при выявлении заболевания с вновь установленным диагнозом А чесотка Б педикулез В псевдосаркоптоз Г контагиозный моллюск	А
3.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Соблюдение врачебной тайны является одним из основных _____ охраны здоровья А направлений Б принципов В приоритетов Г факторов	Б
4.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Решение консилиума врачей оформляется А талоном Б справкой В выпиской Г протоколом	Г
5.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Медицинская помощь больному при вызове врача-дерматовенеролога кожно-венерологического диспансера на дом оказывается в условиях А стационарных Б дневного стационара В амбулаторных Г санаторно-курортных	В
6.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	Г

	Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении А формируется (выдается) на 3 дня Б формируется (выдается) на 10 дней В формируется (выдается) на 7 дней Г не формируется (не выдается)	
7.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Причиной отказа для формирования (выдачи) листка нетрудоспособности может быть А хроническое заболевание в период ремиссии Б острое заболевание В травма Г обострение хронического заболевания	А
8.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Полис обязательного медицинского страхования имеет силу А только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис Б только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения В только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный Г на всей территории Российской Федерации	Г
9.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для оценки качества жизни пациентов с крапивницей используют тест А UAS7 Б PDAI В SCORAD Г DLQI	Г
10.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более _____ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности А 5 Б 4 В 7 Г 6	Б
11.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Листок нетрудоспособности по уходу за взрослым больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях выдаётся (формируется) сроком не более чем на _____ календарных дней А 20 Б 10 В 7 Г 30	В
12.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант от-	Г

	вета: В случае продолжения временной нетрудоспособности при выписке гражданина из стационара листок нетрудоспособности может быть продлен до ____ календарных дней А 15 Б 5 В 7 Г 10	
13.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Тяжесть течения атопического дерматита оценивают по шкале А CHA2DS2-VASc Б SCORAD В HAS-BLED Г SCORE	Б

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа			
1.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. Соотнесите к какой из групп относится каждая форма хейлита.				1	2	3	4
					A	Б	A	Б
	Вид хейлита		Хейлит					
	A	Собственно хейлит	1	Актинический				
	Б	Симптоматический хейлит	2	Хроническая трещина губы				
			3	Гландулярный				
			4	Макрохейлит				

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Появление на задней поверхности шеи плотного узла темно-красного цвета диаметром 7 см, нечетко отграниченного от окружающей ткани, с несколькими пустулами на поверхности характерно для _____.	карбункула
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Точечные кровоизлияния диаметром до 1 см называют _____.	петехией
3	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Среди металлов часто причиной аллергического контактного дерматита является _____.	никель
4	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Симптом Михаэлиса является диагностическим признаком _____.	часотки

	_____.	
5	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При свечении лампой Вуда мертвые гниды светятся _____ цветом.	серым

Тестовые задания с выбором одного правильного ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
2.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Псевдоатрофический венчик Воронова наблюдается при А себорейном дерматите Б псориазе обыкновенном В парапсориазе Г розовом лишае Жибера	Б
3.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для норвежской чесотки характерно наличие А бляшек и жирных чешуек Б узлов и язв с неправильными очертаниями В эритродермии и массивных корок Г склонных к группировке и слиянию везикул	В
4.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Гистологическим признаком острой экземы является выраженный А папилломатоз Б ортокератоз В фиброз Г очаговый спонгиоз	Г
5.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Основными клиническими симптомами фотоаллергической реакции являются А пятна, папулы, везикулы Б эрозии, язвы, рубцы В узлы, шелушение, эксфолиации Г петехии, экхимозы, гиперпигментация	А
6.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Если при гистологическом исследовании биоптата кожи, взятого из очага поражения, выявляют акантоз эпидермиса, толстые серозно-лейкоцитарные корки на поверхности эпидермиса, периваскулярные инфильтраты с наличием нейтрофильных гранулоцитов и их проникновением в эпидермис с формированием субкорнеальных нейтрофильных микроабсцессов, то данная клиническая картина характерна для	В

	А обострения хронической экземы Б атопического дерматита В экссудативного псориаза Г разноцветного лишая	
7.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Симптом Арди (наличие пустул и гнойных корочек на коже локтей) является диагностическим симптомом при А пиодермии Б псориазе В экземе Г чесотке	Г
8.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для установления диагноза «атопический дерматит» необходимо сочетание ____ главных и не менее 3 дополнительных критериев А 5 Б 4 В 3 Г 2	В
9.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больному, у которого после приема ампициллина развилось острое тяжелое поражение кожи и слизистых оболочек, сопровождающееся образованием пузырей и отслойкой эпидермиса, врач-дерматовенеролог диагностировал синдром А Грэма – Литтла – Лассюэра Б Киндлера В Стивенса – Джонсона Г Нетертона	В
10.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Типичным морфологическим элементом патомимии является А пузырь Б везикула В волдырь Г язва	Г
11.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Появление одновременно нескольких первичных морфологических элементов называют А папилломатозом Б истинным полиморфизмом В пентаморфизмом Г тетраморфизмом	Б

12.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Простой контактный дерматит характеризуется А гиперкератозом Б алопецией В вегетациям Г эритемой	Г
13.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Появление на коже папулезных элементов розово-красного цвета с четкими границами, склонных к слиянию и образованию бляшек различных очертаний и величины, покрытых серебристо-белыми чешуйками, характерно для А красного плоского лишая Б псориаза обыкновенного В дискоидной красной волчанки Г атопического дерматита	Б
14.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Геном, при мутации которого нарушается барьерная функция кожи при атопическом дерматите, является А филаггрин Б кальмодулин В фибриллин Г ламин	А
15.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К гистологическому признаку токсидермии, однозначно отличающему её от красного плоского лишая, относят наличие А вакуольной дистрофии базальных клеток Б субэпидермального расщепления В рассеянных микронекрозов кератиноцитов Г цитоидных телец вдоль базальной мембраны	В
16.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Острая спонтанная крапивница характеризуется внезапным появлением волдырей, каждый из которых существует не более 24 часов продолжительностью менее (в неделях) А 6 Б 4 В 8 Г 2	А
17.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Выраженный зуд считается характерным симптомом А псориаза обыкновенного	В

	Б гнездной алопеции В атопического дерматита Г разноцветного лишая	
18.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Методом визуализации поверхностных кожных включений при чесотке за счет обескровливания капиллярного русла при надавливании предметным стеклом является А дерматоскопия Б масляная витропрессия В прокрашивание Г соскоб	Б
19.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Частой причиной медикаментозной токсидермии являются _____ препараты А диуретические Б антибактериальные В гипотензивные Г антигистаминные	Б
20.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наличие кровянистых корочек и импетигиозных высыпаний на коже межъягодичной складки с переходом на крестец при чесотке является диагностическим симптомом А Арди Б Шеклакова В Михаэлиса Г Никольского	В
21.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Диагноз «чесотка» подтверждается только при А эффективности специфического лечения Б появлении ночного зуда В наличии чесоточных ходов Г обнаружении возбудителя	Г
22.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Мономорфная сыпь встречается при А вегетирующей пузырчатке Б крапивнице В чесотке Г нейрофиброматозе	Б

23.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Резко выраженная реакция кебнера возникает при сочетании чесотки с А склеродермией Б пруриго В красным плоским лишаем Г педикулезом	В
-----	---	----------

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: В базовой терапии атопического дерматита применяют _____.	увлажняющие средства
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: Для лечения чесотки у ребенка в возрасте 4 лет возможно применение мази бензилбензоата _____ % (в процентах)	10
3	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: Начальная доза преднизолона при тяжелой форме токсидермии должна составлять не менее _____ мг в сутки.	30
4	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Тофацитиниб рекомендован для лечения больных _____.	псориазом
5	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: В прогрессирующую стадию псориаза рекомендуют применение наружных средств, содержащих салициловую кислоту в концентрации (в процентах)	2

УК-1

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «дерматовенерология» может быть оказана при тяжелых распространенных формах А атопического дерматита Б хронической вегетирующей пиодермии	А

	В красного волосяного лишая Девержи Г болезни Дарье	
2.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При резистентности больного хронической идиопатической крапивницей к проводимой терапии блокаторами H1-гистаминовых рецепторов показано применение А преднизолона Б омализумаба В эпинефрина Г адалимумаба	Б
3.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Беременным женщинам с крапивницей рекомендуется назначать А лоратадин Б клемастин В фексофенадин Г хлоропирамин	А
4.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При распространенном аллергическом дерматите с поражением более 40% поверхности кожи следует назначить А тофацитиниб Б апремиласт В преднизолон Г дапсон	В
5.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Госпитализация больных с атопическим дерматитом показана при развитии А фолликулита Б контактной крапивницы В лейкоплакии Г экземы Капоши	Г
6.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К блокаторам интерлейкина-17 в лечении псориаза относят А секукинумаб, гуселькумаб Б гуселькумаб, ретуксимаб В секукинумаб, нетакимаб Г нетакимаб, гуселькумаб	В
7.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для системной терапии больному с опоясывающим герпесом	Г

	рекомендован А метотрексат Б дапсон В адалимумаб Г валацикловир	
8.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения синдрома Стивенса – Джонсона назначают препараты из группы А дерматотропных средств Б антиметаболитов В глюкокортикостероидов Г иммунодепрессантов	В
9.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: После стихания островоспалительных явлений и прекращения мокнутия пациентам с фотоаллергической реакцией рекомендуется назначать топические лекарственные средства в виде А крема Б геля В мази Г пластыря	А
10.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больному аллергическим дерматитом кистей глюкокортикостероиды следует назначить А перорально Б внутривенно В наружно Г внутриочагово	В
11.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больным экземой в стадию мокнутия рекомендованы А мази Б порошки В примочки Г пасты	В
12.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При атопическом дерматите количество топического препарата для наружного применения измеряют согласно А формуле Такахира Б правилу «длины кончика пальца» В схеме Беркоя	Б

	Г правилу «ладони»	
13.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения опоясывающего лишая применяют А фамцикловир Б рибавирин В цидофовир Г ганцикловир	А
14.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Риск развития доброкачественной внутричерепной гипертензии возрастает при одновременном назначении А антибиотиков тетрациклиновой группы и пероральных контрацептивов Б сульфаниламидных препаратов и изотретиноина В изотретиноина и антибиотиков тетрациклиновой группы Г изотретиноина и антиадрогенов	В
15.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больным псориазом средней и тяжелой степени тяжести и активным псориатическим артритом рекомендуют А метотрексат Б нестероидные противовоспалительные средства В омализумаб Г системные глюкокортикостероиды	А
16.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Применение препаратов с бензилбензоатом не рекомендовано детям в возрасте до (в годах) А 10 Б 5 В 3 Г 7	В
17.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Кератолитические средства оказывают эффект А рассасывания воспалительных инфильтратов Б размягчения с отслаиванием эпидермиса В подавления активности сальных желез Г сужения пор	Б
18.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К побочным эффектам, возникающим при лечении больного псориазом циклоспорином «А», относят	Г

	А изменение уровней глюкозы и мочевины крови Б стероидные язвы В артралгии, миалгии Г выпадение волос	
--	--	--

ПК-8

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: Лечение эксимерным УФ-светом показано при ограниченных формах псориаза с площадью поражения не более ____% поверхности тела.	10
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: Пероральные фотосенсибилизирующие препараты принимают перед процедурой ПУВА-терапии за ____ часа.	3
3	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: Рекомендуемый интервал между окончанием приема изотретиноина и процедурой фракционного абляционного фототермолиза составляет ____ месяцев.	6

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Вводимые вещества при электрофорезе накапливаются в А верхних слоях дермы Б эпидермисе В эндотелии сосудов Г подкожно-жировой клетчатке	А
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При назначении ПУВА-терапии начальная доза облучения составляет ____% от МЭД А 25-50 Б 50-70 В 30-40 Г 10-20	Б
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Количество процедур на курс при проведении ультрафонофореза составляет	В

	А 14-22 Б 2-4 В 8-12 Г 26-28	
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К показанию для криосауны относят А красный плоский лишай Б псориаз В инфекционные заболевания Г герпес в стадии обострения	Б

2 семестр

ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: К провоцирующему фактору развития красной волчанки относят _____.	солнечные ожоги
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: При обнаружении больного трихофитией осмотр контактных лиц необходимо провести в течение ____ дней.	3

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Развитию периорального дерматита способствует использование А декоративной косметики Б фторсодержащих зубных паст В спиртосодержащих лосьонов Г глицеринсодержащих кремов	Б
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Среди факторов риска развития хронических неинфекционных	А

	заболеваний ведущую роль играет А образ жизни Б несовершенство работы системы здравоохранения В окружающая среда Г генетическая предрасположенность	
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При обнаружении больного трихофитией осмотр контактных лиц необходимо провести в течение (в днях) А 21 Б 7 В 14 Г 3	В

ПК-3

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Если гражданин страдает заболеванием, представляющим опасность для окружающих, то медицинское вмешательство допускается _____.	без согласия гражданина

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лечение в условиях круглосуточного стационара может быть показано при А отрубевидном лишае Б онихомикозе В педикулезе Г микроспории	Г
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Своевременному оказанию медицинской помощи в зоне чрезвычайной ситуации не препятствуют А внезапное и одномоментное появление большого количества пострадавших, нуждающихся в оказании медицинской помощи, эвакуации и госпитализации Б нарушения психики у пострадавших, спасателей и медицинских работников В отсутствие, нехватка и низкий уровень готовности практических хирургов и других специалистов к работе в экстремальных ситуациях	Г

	Г хорошая работоспособность медицинских работников и спасателей	
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Координацию деятельности аварийно-спасательных служб, аварийно-спасательных формирований, общественных объединений, участвующих в проведении аварийно-спасательных работ и действующих на всей или большей части территории Российской Федерации, а также всех видов пожарной охраны осуществляет А Правительство Российской Федерации Б МЧС России В МВД России Г Минздрав России	Б
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: На каждом уровне РСЧС функционируют Президентские и Правительственные комиссии советы местного самоуправления А координационные органы, постоянно действующие органы управления, органы повседневного управления, силы и средства Б резервы финансовых и материальных ресурсов, системы связи, оповещения и информационного обеспечения В федеральные собрания	А
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Дети в структуре санитарных потерь в среднем составляют А 20% Б 5% В 10% Г 30%	А
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Сложный очаг поражения возникает при воздействии А термического фактора Б психоэмоционального фактора В химического фактора Г нескольких поражающих факторов	Г

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: В случае продолжения временной нетрудоспособности при выписке гражданина из стационара листок нетрудоспособности может быть продлен до _____ календарных дней	10

2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более _____ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности	4

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Листок нетрудоспособности по уходу за взрослым больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях выдаётся (формируется) сроком не более чем на _____ календарных дней А 20 Б 10 В 7 Г 30	В
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Полис обязательного медицинского страхования имеет силу А только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис Б только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения В только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный Г на всей территории Российской Федерации	Г
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Причиной отказа для формирования (выдачи) листка нетрудоспособности может быть А хроническое заболевание в период ремиссии Б острое заболевание В травма Г обострение хронического заболевания	А
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении А формируется (выдается) на 3 дня Б формируется (выдается) на 10 дней В формируется (выдается) на 7 дней Г не формируется (не выдается)	Г
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Решение консилиума врачей оформляется А талоном Б справкой В выпиской Г протоколом	Г
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Врач-дерматовенеролог составляет извещение по форме №	Г

	089/у-кв при выявлении случая заболевания с вновь установленным диагнозом А фолликулит Б опоясывающий лишай В импетиго Г микоз кистей	
--	--	--

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: У ребёнка с трихофитией волосистой части головы при осмотре пораженных волос под лампой Вуда наблюдают _____.	отсутствие свечения
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Очаговая базофильная дегенерация коллагена дермы, выявленная при гистологическом исследовании, является характерным признаком _____.	красной волчанки
3	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Морфологическая картина буллезного пемфигоида характеризуется расположением пузыря	субэпидермально
4	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Точечные кровоизлияния диаметром до 1 см называют _____.	петехией

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Дифференциальную диагностику разноцветного лишая проводят с А атопическим дерматитом Б псориазом В себорейным дерматитом Г токсикодермией	В
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В мазках-отпечатках, получаемых со дна эрозий после вскрытия свежих пузырей, у больных пузырчаткой обнаруживают патологические А клетки шиповатого слоя Б тела Сиватта В базальные клетки Г коллагеновые волокна	А
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	Г

	Наличие множественных пузырей с плотной покрывкой, серозным или серозно-геморрагическим содержимым на видимо неизмененной коже, характерно для А вульгарной пузырчатки Б простого герпеса В герпеса беременных Г буллезного пемфигоида	
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Локализованная склеродермия характеризуется А гирсутизмом Б ограниченной атрофией кожи В гипертрофией кожи Г гипертрихозом	Б
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Одним из основных методов исследования для диагностики пузырчатки является А определение триады Ауспитца Б реакция иммунофлюоресценции В полимеразная цепная реакция Г микроскопическое исследование соскоба с кожи	Б
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При морфологическом исследовании биоптата кожи больных пузырчаткой наблюдают А паракератоз и вакуолизацию клеток базального слоя Б истончение эпидермиса, дермы и гиподермы В периваскулярный инфильтрат из гигантских тучных клеток Г интраэпидермальный пузырь с признаками акантолиза	Г
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К клиническому признаку, позволяющему при дифференциальной диагностике между буллезным пемфигоидом и дерматитом герпетиформным предполагать диагноз «буллезный пемфигоид», относят А быстрое заживление эрозий Б наличие зуда В одиночное расположение пузырей Г плотную покрывку пузырей	В
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Важным показателем для диагностики пузырчатки является выявление фиксированных А IgG Б IgM В IgA с C5 Г IgA	А
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Плотный тяж склерозированной кожи на лице и волосистой части головы, в котором отсутствует рост волос характерен для	Б

	А глубокой склеродермии Б линейной склеродермии В пансклеротической склеродермии Г идиопатической атрофодермии Пазини – Пьерини	
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Дифференциальную диагностику склероатрофического лишена следует проводить с А генитальным герпесом Б локализованной склеродермией В вульгарной пузырчаткой Г красным плоским лишаем	Б
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Высыпания при узловой эритеме характеризуются А зудом, усиливающимся в ночное время Б локализацией преимущественно на голенях В формированием атрофии при регрессе узлов Г бородавчатыми разрастаниями на поверхности очагов поражения	Б
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Среди субъективных ощущений у больных буллезным пемфигидом встречается А жжение Б болезненность В покалывание Г зуд	Г
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Дифференциальную диагностику периорального дерматита проводят с А розацеа Б крапивницей В пруриго Г эктимой	А
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Появление одновременно нескольких первичных морфологических элементов называют А папилломатозом Б истинным полиморфизмом В пентаморфизмом Г тетраморфизмом	Б
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Типичным морфологическим элементом патомимии является А пузырь Б везикула В волдырь Г язва	Г

16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Обнаружение высыпаний материнской бляшки позволяет установить диагноз педикулеза А лихеноидного и оспоподобного острого Б розового Жибера В красного волосяного отрубевидного Г лихеноидного хронического	Б
17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Расположение высыпаний вдоль линий Лангера имеет значение в диагностике А атопического дерматита Б педикулеза розового Жибера В пустулезного псориаза Барбера Г герпетиформного дерматита Дюринга	Б
18	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Степень тяжести буллезного пемфигоида определяется по А содержанию пузырных элементов Б размеру пузырных элементов В наличию поражения слизистых оболочек Г числу появляющихся пузырных элементов	Г
19	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наличие четко очерченных островков непораженной кожи является диагностическим признаком А болезни Девержи Б атопического дерматита В везикулопустулеза Г вульгарной пузырчатки	А

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При наличии мелкоточечных атрофических рубцов постакне приоритетной процедурой является _____.	пилинг
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Препаратом выбора для лечения больных герпетиформным дерматитом является _____.	дапсон
3	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Для уменьшения выраженности зуда больному герпетиформным дерматитом следует назначить _____.	клемастин
4	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Лечебное питание больных дерматитом Дюринга требует исключе-	глютена

	ния _____.	
--	------------	--

ПК-1

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Кератолитические средства оказывают эффект А рассасывания воспалительных инфильтратов Б размягчения с отслаиванием эпидермиса В подавления активности сальных желез Г сужения пор	Б
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Начальной дозой при лечении буллезного пемфигоида системными глюкокортикостероидами является не более _____ мг/кг/сутки А 0,25-0,5 Б 0,05-0,075 В 0,025-0,05 Г 0,5-0,75	Г
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения буллезной формы красной волчанки используют А метотрексат Б преднизолон В дапсон Г циклоспорин	В
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Азатиоприн больным пузырчаткой назначают в суточной дозе (в мг) А 100-200 Б 300-400 В 10-30 Г 400-500	А
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: На первом этапе терапии больных пузырчаткой назначаются системные глюкокортикостероидные препараты в дозе 80-100 мг в сутки, но не менее _____ мг на кг массы тела больного А 20 Б 4 В 10 Г 1	Г
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В терапии подрывающего фолликулита Гоффмана используют А изотретиноин	А

	Б итраконазол В финастерид Г миноксидил	
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При планировании лечения методом общей пува-терапии необходимо получить заключения об отсутствии противопоказаний к фототерапии у врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-гинеколога (у женщин) А врача-кардиолога Б врача-эндокринолога В врача-невролога Г врача-фтизиатра	Б
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Во время лечения системными глюкокортикостероидами при буллёзном пемфигоиде следует контролировать показатели А артериального давления Б крови В функции печени Г функции почек	А
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Аморолфин относят к ____ группе фармакологических препаратов А противовирусной Б антимикотической В гормональной Г антигистаминной	Б
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наиболее высокая начальная дозировка преднизолона применяется при А вульгарной пузырчатке Б буллезном пемфигоиде В болезни Хейли – Хейли Г герпетиформном дерматите Дюринга	А
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Противопоказанием к применению крема, содержащего метилпреднизолона ацепонат 0, 1%, является А атопический дерматит Б микроспория В гнездная алопеция Г псориаз	Б
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Риск развития доброкачественной внутричерепной гипертензии возрастает при одновременном назначении	В

	А антибиотиков тетрациклиновой группы и пероральных контрацептивов Б сульфаниламидных препаратов и изотретиноина В изотретиноина и антибиотиков тетрациклиновой группы Г пероральных контрацептивов и макролидов	
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: У 17-летней девочки умеренная степень папулопустулезных акне. Какая из перечисленных ниже схем терапии будет рекомендована первоначально? А антиандрогены и топические ретиноиды Б системные антибиотики и топические ретиноиды В топические ретиноиды и бензоил пероксид	В

ПК-8

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Лечение эксимерным УФ-светом показано при ограниченных формах псориаза с площадью поражения не более ____% поверхности тела.	10

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При дерматите Дюринга поддерживающая терапия ДДС обычно А назначается пациентам с паранеопластическим характером процесса Б назначается больным с нарушениями общего самочувствия В назначается всем больным Г не назначается	В
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Вводимые вещества при электрофорезе накапливаются в А верхних слоях дермы Б эпидермисе В эндотелии сосудов Г подкожно-жировой клетчатке	А
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При назначении ПУВА-терапии начальная доза облучения составляет ____% от мЭд А 25-50	Б

	Б 50-70 В 30-40 Г 10-20	
--	--	--

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа	
1	Установите соответствие между:				A	B
	Нозология		Гистологический признак		2	3
	A	Простой герпес	1	Линейно расположенные везикулы		
	B	Вирусная пузырчатка	2	Сгруппированные вези- кулы округлой формы		
	B		3	Изолированные везику- лы, часто овальной фор- мы		
	Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:					
	A	B				

ПК-6

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа	
1	Установите соответствие между формой лекарственного средства и остротой воспалительного процесса:				А	Б
					1	3
	Форма лекарственного средства		Воспалительный процесс			
	А	Раствор	1	Острое воспаление		
	Б	Мазь	2	Подострое воспаление		
	В		3	Хроническое воспаление		

3 семестр

ПК-2

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения обязаны медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно А территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Б Трудовому кодексу Российской Федерации от 30. 12. 2001 г. № 197-ФЗ В программе добровольного медицинского страхования Г Федеральному закону № 323 от 21. 11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Г
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Проводят первичную специфическую профилактику заболеваний, связанных с А папилломавирусной инфекцией Б бактериальным вагинозом В уrogenитальным трихомониазом Г уrogenитальным хламидиозом	А
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Организацию обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров поручают А центрам госсанэпиднадзора Б руководителям предприятий В кожно-венерологическим диспансерам Г территориальным поликлиникам	Б
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Безопасное время пребывания под прямым ультрафиолетовым воздействием при I фототипе кожи составляет (в минутах) А 60 Б 30 В 90 Г 10	Г
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В постпилингвом периоде следует использовать А спиртосодержащие растворы Б кремы, содержащие кислоты В блокаторы тирозиназы Г скрабы	В

6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: С целью снижения развития побочных эффектов кортикостероидную терапию сопровождают назначением А инсулина Б препаратов кальция В ненаркотических анальгетиков Г антиандрогенов	Б
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Основным путём передачи сифилиса является А бытовой Б трансфузионный В трансплацентарный Г половой	Г
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения обязаны медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно А Трудовому кодексу Российской Федерации от 30. 12. 2001 г. № 197-ФЗ Б территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи В программе добровольного медицинского страхования Г Федеральному закону № 323 от 21. 11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Г

ПК-4

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Врач-дерматовенеролог составляет извещение по форме № 089/у-кв при выявлении случая заболевания с вновь установленным диагнозом А хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта Б урогенитальная уреаплазменная инфекция В бактериальный вагиноз Г урогенитальная микоплазменная инфекция	А
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В соответствии с фз № 323 от 21. 11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» пациент имеет право на выбор А методик инструментального обследования	Б

	Б врача и медицинской организации В методик лабораторного исследования Г лекарственных средств при лечении в стационаре	
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Врач-дерматовенеролог круглосуточного стационара кожно-венерологического диспансера оказывает медицинскую помощь А первичную специализированную медико-санитарную Б специализированную В паллиативную Г первичную врачебную медико-санитарную	Б
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника с А представителями общества защиты прав потребителей Б участниками Всероссийского общественного движения «За права человека» В коллегами, пациентом и его родственниками Г членами своей семьи	В
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для получения листка нетрудоспособности на бумажном носителе пациент должен предъявить А справку с места работы Б документ, удостоверяющий личность В документ о семейном положении Г свидетельство государственного пенсионного страхования	Б
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Показанием для формирования листка нетрудоспособности является А прохождение обследования по направлению военных комиссаров Б диспансеризация по поводу хронического заболевания В временная утрата трудоспособности Г прохождение профилактического осмотра	В
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Количественной характеристикой процесса в медицине, которая отражает частоту встречаемости явления в среде, является показатель А вариация Б интенсивный В экстенсивный Г медиана	Б
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Безработному листок нетрудоспособности А выдаётся только при ургентном заболевании Б выдаётся в случае госпитализации В не выдаётся	В

	Г выдаётся при наличии у него документа о постановке на учёт по безработице	
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При амбулаторном лечении заболевания, связанного с временной потерей трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданину листок нетрудоспособности сроком включительно до ____ календарных дней А 15 Б 10 В 5 Г 7	А
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Листок нетрудоспособности не формируется А гражданам, проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов Б при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем В при бытовой травме Г военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью	А
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Врачебная комиссия в медицинской организации создается и работает на основании А наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности Б приказа руководителя медицинской организации В постановления органов местного самоуправления Г распоряжения органа исполнительной власти субъекта Федерации	Б
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Если работодатель направил запрос, в котором просит сообщить о причине временной нетрудоспособности его сотрудника, то медицинская организация А игнорирует данный запрос Б сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней В предоставляет информацию в полном объеме Г не вправе предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина	Г
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Заболевание, которое вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой жизни и здоровью, либо становится причиной смерти, является	А

	_____ заболеванием А основным Б сопутствующим В рецидивирующим Г прогрессирующим	
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При заполнении раздела листка нетрудоспособности «заполняется врачом медицинской организации» строки листка нетрудоспособности «место работы- наименование организации», «основное», «по совместительству №» А заполняются на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации Б не заполняются В заполняются работодателем Г заполняются со слов гражданина	Б
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При заполнении раздела листка нетрудоспособности «заполняется врачом медицинской организации» строки листка нетрудоспособности «место работы- наименование организации», «основное», «по совместительству №» А заполняются на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации Б не заполняются В заполняются работодателем Г заполняются со слов гражданина	Б

ПК-5

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К онкологическому заболеванию среди инфекций, передаваемых половым путём, приводит А генитальный герпес Б папилломавирусная инфекция В гонококковая инфекция Г уrogenитальный трихомониаз	Б
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К паранеопластическому дерматозу относят А болезнь Девержи Б монилетрикс В синдром Базекса Г трихорексис	В

3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Клиническим проявлением папилломавирусной инфекции является А наботова киста Б полип эндометрия В гигантская кондилома Бушке – Левенштейна Г эктопия шейки матки	В
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К клиническому проявлению папилломавирусной инфекции относят А широкие кондиломы Б остроконечные кондиломы В ботриомикомы Г шанкр-амигдалит	Б
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К диагностическим критериям латентной формы папилломавирусной инфекции относят А наличие дискариоза и койлоцитоза в цитологическом исследовании Б наличие рака шейки матки В наличие аногенитальных бородавок Г только выявление ВПЧ в ПЦР	Г
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Идентифицировать генотип вирусов папилломы человека можно на основании А культурального исследования Б гистологического исследования В цитологического исследования Г молекулярно-генетического теста	Г
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наличие у пациентки на половых губах плотных папул, на широкой основе с ровной поверхностью, склонных к слиянию и без субъективных ощущений, позволяет предположить А остроконечные кондиломы Б кандидозную инфекцию В широкие сифилитические кондиломы Г хламидийную инфекцию	В
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Белые или желтоватые творожистые выделения, адгезированные на слизистой оболочке вульвы и сводах влагалища, наблюдают при А урогенитальном трихомониазе Б гонококковой инфекции В бактериальном вагинозе Г урогенитальном кандидозе	Г
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	В

	Дифференциальную диагностику донованоза проводят с А трихомониазом Б герпесом В сифилисом Г кандидозом	
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Положительный симптом Ядассона наблюдают при сифилисе А врождённом Б третичном В вторичном Г первичном	В
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Амастиготная форма существования микроорганизма характерна для А Trichomonas vaginalis Б Klebsiella granulomatis В Neisseria gonorrhoeae Г Chlamidia trachomatis	А
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Симптом Рауцеда наблюдают при А первичном сифилисе Б третичном сифилисе В вторичном сифилисе Г нейросифилисе	В
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К микроорганизму, выявляемому при бактериальном вагинозе, относят А Trichomonas vaginalis Б Candida albicans В Gardnerella vaginalis Г Chlamydia trachomatis	В
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Островоспалительная розеола характерна для А псориаза Б склеродермии В скарлатины Г лепры	В
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: У мужчин «папулезное ожерелье» полового члена необходимо дифференцировать с А генитальным герпесом Б хламидийной инфекцией В аногенитальными бородавками	В

	Г гонококковой инфекцией	
16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Вторичный сифилис характеризуется появлением А твердого шанкра Б папулезного сифилида В гуммы Г творожистого налета	Б
17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Появление безболезненной язвы на головке полового члена и регионарный склераденит, появившийся у пациента через 1 месяц после незащищённого полового контакта, позволяет предположить заражение А трихомониазом Б сифилисом В герпесом Г хламидиозом	Б
18	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Симптом «бугорок Карабелли» наблюдают при А раннем врождённом сифилисе Б позднем врождённом сифилисе В позднем кардиоваскулярном сифилисе Г раннем нейросифилисе	Б
19	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К особенностям бактериального вагиноза относят А гомогенное выделение беловато-серого цвета, значение pH влагалищного экссудата > 4, 5, положительный результат аминотеста, изменение микроценоза влагалища Б минимальное или полное отсутствие воспалительной реакции, резко сниженное количество лейкоцитов в мазках, окрашенных по Граму, снижение и/или отсутствие лактобактерий, преобладание анаэробных возбудителей В острое местное воспаление, высокий лейкоцитоз в мазках, окрашенных по Граму Г минимальное воспалительное явление при наличии повышенного количества лейкоцитов в мазках, окрашенных по Граму	А
20	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Этиологическим фактором трихомониаза является А <i>Trichomonas vaginalis</i> Б <i>Trichomonas tenax</i> В <i>Trichomonas hominis</i> Г <i>Gardnerella vaginalis</i>	А
21	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для сифилитической эритематозной ангины характерны А нерезкие границы эритемы в зеве Б сильные боли В резкие границы эритемы в зеве	В

	Г высокая температура и озноб	
22	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Симптом «бугорок Карабелли» характеризуется А пятым добавочным бугорком на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти Б ранним прорезыванием зубов В деформацией 1 моляра (укороченный, выгнутый) Г дистрофией верхних средних резцов второго прорезывания	А
23	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Возбудителем инфекций, передаваемых половым путем, является А <i>G. vaginalis</i> Б <i>M. genitalium</i> В <i>M. hominis</i> Г <i>U. urealyticum</i>	Б
24	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Симптом «меха, побитого молью» характеризуется А мелкоочаговой алопецией с очагами неправильно округлой формы диаметром 1-1, 5 см, не сливающимися и расположенными беспорядочно Б поражением ресниц с частичным выпадением и ступенчатым отрастанием ресниц В диффузным равномерным выпадением волос, начиная с висков, затем по всей волосистой части головы Г наличием у больного как мелкоочагового, так и диффузного облысения	А
25	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Симптом «Гетчинсоновы зубы» наблюдают при А позднем врожденном сифилисе Б третичном сифилисе В раннем врожденном сифилисе Г позднем нейросифилисе	А
26	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Идентификация _____ регламентирована культуральным методом А <i>Atopobium vaginae</i> Б <i>Ureaplasma urealyticum</i> В <i>Mycoplasma genitalium</i> Г <i>Chlamidia trachomatis</i>	Б
27	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Основные изменения при гистологическом исследовании сифилидов вторичного периода выявляются в А мышцах Б дерме В подкожной клетчатке Г эпидермисе	Б

28	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лабораторными признаками острого урогенитального кандидоза при исследовании мазков, окрашенных по Граму, является значительное количество А грам-отрицательной флоры Б мицелия В ключевых клеток Г грам-положительной флоры	Б
29	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К патогномичному симптому позднего врожденного сифилиса относят А бугорковую сыпь туловища Б саблевидные голени В лабиринтную глухоту Г седловидный нос	В
30	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Цитологическим признаком папилломавирусной инфекции является наличие в препарате А лейкоцитоза Б койлоцитов В ключевых клеток Г эпителия	Б
31	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Фиброэпителиальные разрастания в аногенитальной области в виде «цветной капусты» являются симптомом А генитального герпеса Б бактериального вагиноза В контагиозного моллюска Г папилломавирусной инфекции	Г
32	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Возбудитель урогенитального кандидоза – дрожжеподобные грибы рода Candida образуют А конидии Б цисты В аскоспоры Г псевдомицелий	Г
33	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наблюдается высокая частота ассоциации ВИЧ-инфекции и А синдрома Сезари Б псориатического артрита В опоясывающего герпеса Г саркомы Капоши	Г

ПК-6

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Перед назначением ацитретина во время терапии необходимо контролировать функцию работы А поджелудочной железы Б щитовидной железы В почек Г печени	Г
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Рекомендовано лечение половых партнеров пациентов с установленным диагнозом А рецидивирующий урогенитальный кандидоз Б урогенитальный кандидоз В бактериальный вагиноз Г вагинит, вызванный <i>M. genitalum</i>	Г
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения взрослых, больных ранним скрытым сифилисом, при непереносимости препаратов пенициллина рекомендуется назначение А ципрофлоксацина Б кларитромицина В клиндамицина Г эритромицина	Г
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения аногенитальных бородавок в кремовой лекарственной форме применяют А клобетазол Б такролимус В имихимод Г бетаметазон	В
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Показанием для лечения папилломавирусной инфекции аногенитальной области является А наличие клинических проявлений Б наличие аногенитальных бородавок у полового партнера В верификация диагноза на основании лабораторного исследования Г подготовка к беременности	А
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения взрослых, больных первичным сифилисом, в амбулаторных условиях рекомендуется назначение А дибензилэтилендиаминовой и новокаиновой соли пенициллина	А

	Б оксациллина натриевой соли В ампициллина натриевой соли Г бензилпенициллина натриевой соли	
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения рецидивирующего урогенитального трихомониаза рекомендовано назначать метронидазол 500 мг per os А р/сут 5 дней Б однократно В р/сут 7 дней Г 2 р/сут 10 дней	В
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лечение венерической лимфогранулемы эритромицином рекомендовано в суточной дозе (в мг) А 1 Б 2 В 0,75 Г 0,5	Б
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При урогенитальном кандидозе натамицин применяют в виде А раствора Б суспензии В суппозиториев Г таблеток	В
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Продолжительность лечения эритромицином взрослых, больных ранним скрытым сифилисом, составляет (в сутках) А 10 Б 28 В 14 Г 20	Б
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения взрослых, больных вторичным сифилисом, в стационарных условиях рекомендуется назначение А дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина Б дибензилэтилендиаминовой и новокаиновой соли пенициллина В дибензилэтилендиаминовой, новокаиновой и натриевой соли пенициллина Г ампициллина натриевой соли	Г

ПК-8

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
----------	--------------------------------	----------------------------

1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При эпидермальной гиперпигментации интервалы между процедурами лазерного устранения пигмента составляют не менее (в неделях) А 1 Б 6 В 2 Г 8	В
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Перечень технических средств реабилитации инвалидов утверждает А Пенсионный фонд Российской Федерации Б Росздравнадзор В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Г Правительство Российской Федерации	Г
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При планировании лечения методом общей ПУВА-терапии необходимо получить заключения об отсутствии противопоказаний к фототерапии у врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-гинеколога (у женщин) А врача-фтизиатра Б врача-эндокринолога В врача-кардиолога Г врача-невролога	Б
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Импульсный ктр-лазер (532 нм) показан пациентам с _____ фототипами кожи А III-VI Б V-VI В I-II Г III-IV	В
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Пероральные фотосенсибилизирующие препараты необходимо принимать за _____ часа до процедур ПУВА-терапии А 3 Б 2 В 24 Г 4	Б

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа	
1	Соотнесите характерные клинические признаки первичной си-	А	Б

филомы нетипичной локализации и рака слизистой полости рта				2	1
Нозология		Гистологический признак			
А	Первичная сифилома	1	Поражение носит вид кратера с приподнятыми валикообразными краями, дно с опухолевыми бугристыми разрастаниями с некротическими участками, легко кровоточит при травматизации		
Б	Рак	2	Эрозия или язва округлых очертаний с ровными краями с плотноластическим инфильтратом в основании, гладким, блестящим дном, безболезненная при пальпации.		
В		3	Язва округлых очертаний с подрытыми краями с мягкоэластическим инфильтратом, покрытым фибриновыми пленками		

ПК-6

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа			
1	Выделяют 4 группы тГКС по степени активности. Установите соответствие между действующим веществом и группой активности:				А	Б	В	Г
					3	4	1	2
	Группа тГКС		Действующее вещество					
	А	Слабые тГКС	1	Мометазона				
	Б	Средней силы тГКС	2	Клобетазол				
	В	Сильные тГКС	3	Гидрокортизон				
	Г	Очень сильные тГКС	4	Флуоциналона ацетонид				

4 семестр

ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
-------	--------------------------------	-------------------------

1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Пациентам с вульгарным ихтиозом показано диспансерное наблюдение у врача- _____.	генетика
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Основным провоцирующим фактором в развитии кольцевидной гранулемы является _____,	травма

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенную латинскую букву: Снижение уровня витамина _____ в крови является провоцирующим фактором телогенового выпадения волос является.	D
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При уходе за кожей головы и волосами функцию удаления себума и внешнего загрязнения осуществляет _____.	шампунь

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Выпадение волос является проявлением повышения содержания в крови _____.	пролактина
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово:	

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово:	
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово:	

ПК-8

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения обязаны медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно А территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Б Трудовому кодексу Российской Федерации от 30. 12. 2001 г. № 197-ФЗ В программе добровольного медицинского страхования Г Федеральному закону № 323 от 21. 11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Г
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Проводят первичную специфическую профилактику заболеваний, связанных с А папилломавирусной инфекцией Б бактериальным вагинозом В урогенитальным трихомониазом Г урогенитальным хламидиозом	А
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Организацию обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров поручают А центрам госсанэпиднадзора Б руководителям предприятий В кожно-венерологическим диспансерам Г территориальным поликлиникам	Б
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Безопасное время пребывания под прямым ультрафиолетовым воздействием при I фототипе кожи составляет (в минутах) А 60 Б 30 В 90 Г 10	Г
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Алопецию области бороды называют А цилиарной формой Б сизаифо В офиазисом Г типом Барбе	Г

6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К рубцовой алопеции с лимфоцитарным характером перифолликулярной инфильтрации относятся А классическую псевдопелладу (псевдопелладу Брока) Б перифолликулит В подрывающий фолликулит Г декальвирующий фолликулит	А
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При трихотилломании происходит повреждение А языка Б ногтевых пластин В слизистой рта Г волоса	Г
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для лечения и прогноза грибовидного микоза важно определение А размеров бляшек Б наличия распада опухоли В инфицированности язвенных дефектов Г стадии заболевания	Г
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Х-сцепленным наследованием характеризуется А нейрофиброматоз I типа Б болезнь Боровского В чернеющий ихтиоз Г вульгарный ихтиоз	В
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Трихотилломания может сочетаться с А онихолизом Б ониходистрофией В онихотилломанией Г онихогрифозом	В
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Очаг алопеции краевой зоны роста волос в затылочной и височных областях называют А типом Барбе Б полиозисом В цилиарной формой Г офиазисом	Г
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Процент волос в стадии роста на коже головы в сутки в норме составляет (в %) А 55-70	Г

	Б 65-80 В 45-60 Г 85-90	
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Аномалией, при которой в волосяных стержнях образуются узелки, где происходит надлом с расслоением на концах обломков, является А трихошизис Б псевдомонилетрикс В узловатая трихоклазия Г монилетрикс	В
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Риск развития меланомы повышен у больных с фототипом кожи А IV Б I В III Г II	Б
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К профессиональным факторам развития плоскоклеточного рака кожи относят А только каменноугольные смолы, минеральные масла Б ионизирующее излучение, каменноугольные смолы, минеральные масла В только ионизирующее излучение, каменноугольные смолы Г только минеральные масла, сажу	Б
16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К факультативным предраковым заболеваниям кожи с малой вероятностью малигнизации относят А кератоакантому Б синдром Лассуера-Литтля В лимфомы кожи Г псевдопелладу Брока	А
17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В постпилинговом периоде следует использовать А спиртосодержащие растворы Б кремы, содержащие кислоты В блокаторы тирозиназы Г скрабы	В
18	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Кератома актиническая может трансформироваться в А спиналиоуму Б трихоэпителиоуму	А

	В базалиому Г цилиндрому	
19	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Спонтанный регресс высыпаний при кольцевидной грануле обычно наблюдается в течение (в годах) А 5 Б 10 В 3 Г 2	Г
20	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Активный рост волоса происходит в фазу А анагена Б изогена В катагена Г телогена	А
21	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: А с целью снижения развития побочных эффектов кортико- стероидную терапию сопровождают назначением Б инсулина В препаратов кальция Г ненаркотических анальгетиков	А
22	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К излучению, наиболее часто вызывающему плоскоклеточный рак кожи, относят А УФ-С Б инфракрасное В УФ-Б Г УФ-А	В
23	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Основным путём передачи сифилиса является А бытовой Б трансфузионный В трансплацентарный Г половой	Г
24	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно- гигиеническое просвещение населения обязаны медицинские организации, участвующие в реализации программы государ- ственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицин- ской помощи, согласно А Трудовому кодексу Российской Федерации от 30. 12. 2001 г. № 197-ФЗ Б территориальной программе государственных гарантий бес-	Г

	В программе добровольного медицинского страхования Г Федеральному закону № 323 от 21. 11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
--	--	--

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Заболевание, которое вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой жизни и здоровью, либо становится причиной смерти, является _____ заболеванием.	основным
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Врач-дерматовенеролог составляет извещение по форме № 089/у-кв при выявлении случая заболевания с вновь установленным диагнозом _____.	гонококковая ин- фекция
3	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: При амбулаторном лечении заболевания, связанного с временной потерей трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданину листок нетрудоспособности сроком включительно до ____ календарных дней	15
4	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: Установление клинико-микробиологических критериев излеченности хламидийной инфекции культуральным методом проводится через _____ дней.	14

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При заполнении раздела листка нетрудоспособности «заполняется врачом медицинской организации» строки листка нетрудоспособности «место работы- наименование организации», «основное», «по совместительству №» А заполняются на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации Б не заполняются В заполняются работодателем Г заполняются со слов гражданина	Б
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Если работодатель направил запрос, в котором просит сообщить	Г

	о причине временной нетрудоспособности его сотрудника, то медицинская организация А игнорирует данный запрос Б сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней В предоставляет информацию в полном объеме Г не вправе предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина	
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Врачебная комиссия в медицинской организации создается и работает на основании А наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности Б приказа руководителя медицинской организации В постановления органов местного самоуправления Г распоряжения органа исполнительной власти субъекта Федерации	Б
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Шкалой оценки тяжести андрогенной алопеции у мужчин является шкала по А Sinclair Б Shapiro В Norwood – Hamilton Г Ludwig	В
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Листок нетрудоспособности не формируется А гражданам, проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов Б при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем В при бытовой травме Г военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью	А
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Количественной характеристикой процесса в медицине, которая отражает частоту встречаемости явления в среде, является показатель А вариация Б интенсивный В экстенсивный Г медиана	Б
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Безработному листок нетрудоспособности А выдаётся только при ургентном заболевании	В

	Б выдаётся в случае госпитализации В не выдаётся Г выдаётся при наличии у него документа о постановке на учёт по безработице	
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Показанием для формирования листка нетрудоспособности является А прохождение обследования по направлению военных комиссариатов Б диспансеризация по поводу хронического заболевания В временная утрата трудоспособности Г прохождение профилактического осмотра	В
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Врач-дерматовенеролог составляет извещение по форме № 089/у-кв при выявлении случая заболевания с вновь установленным диагнозом А хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта Б уrogenитальная уреapлазменная инфекция В бактериальный вагиноз Г уrogenитальная микоплазменная инфекция	А
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В соответствии с фз № 323 от 21. 11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» пациент имеет право на выбор А методик инструментального обследования Б врача и медицинской организации В методик лабораторного исследования Г лекарственных средств при лечении в стационаре	Б
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Врач-дерматовенеролог круглосуточного стационара кожно-венерологического диспансера оказывает медицинскую помощь А первичную специализированную медико-санитарную Б специализированную В паллиативную Г первичную врачебную медико-санитарную	Б
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника с А представителями общества защиты прав потребителей Б участниками Всероссийского общественного движения «За права человека» В коллегами, пациентом и его родственниками Г членами своей семьи	В

13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для получения листка нетрудоспособности на бумажном носителе пациент должен предъявить А справку с места работы Б документ, удостоверяющий личность В документ о семейном положении Г свидетельство государственного пенсионного страхования	Б

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Депигментированные пятна молочно-белого цвета характерны для _____.	витилиго
2	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Возбудителем гонореи является _____.	диплококк
3	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Гнездная алопеция у детей часто ассоциируется с _____.	витилиго
4	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Если при гистологическом исследовании биоптата кожи больного из очага поражения выявляют гиперкератоз, фолликулярные роговые пробки, отсутствие зернистого слоя, атрофию сальных желез и скудную лимфогистиоцитарную инфильтрацию, совокупность выявленных признаков указывает на _____.	простой ихтиоз

ПК-9

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа			
1	Установите соответствие между:				А	Б	В	Г
	Нозология		Группа		1	2	2	1
	А	Дискоидная красная волчанка	1	С лимфоцитарным воспалительным инфильтратом				
	Б	Перифолликулит Гоффмана	2	С нейтрофильным воспалительным инфильтратом				
	В	Декальвирующий фолликулит	3					

	Г	Фолликулярный красный плоский	4		
--	----------	-------------------------------	----------	--	--

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для дифференциальной диагностики невусов используют А Себометрию Б ультразвуковую доплеровскую флуометрию В лазерную доплеровскую флуометрию Г дерматоскопию	Г
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Клинические проявления эритродермии у больного грибовидным микозом соответствуют ____ стадии А IVA Б IIВ В III Г IIА	В
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Трихотилломания сочетается с А Онихогрифозом Б трихофренией В ониходистрофией Г хейлофагией	Г
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Диагноз «гонорея» устанавливается у девочек (до наступления менархе) и женщин (в менопаузе) на основании А ПЦР- диагностики Б культурального исследования В серологического исследования Г микроскопического исследования	Б
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Тотальная алопеция проявляется выпадением волос А полностью на коже волосистой части головы Б височных и затылочной областей В в области век, бровей, туловища Г полностью на коже головы, ресниц, бровей, волос на туловище	А
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для первичных морфологических элементов при локализованной форме кольцевидной гранулемы характерно расположение на коже А ладоней Б тыльной поверхности кистей	Б

	В грудной клетки Г волосистой части головы	
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наличие в морфологической картине микроабцессов потрии является диагностическим критерием А пустулезного псориаза Б экземы В грибовидного микоза Г герпетиформного дерматита	В
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Уменьшение количества меланоцитов в эпидермисе или их полное исчезновение, выявленное при гистологическом исследовании, относят к характерному признаку А разноцветного лишая Б склероатрофического лишая В поствоспалительной гипопигментации Г универсального витилиго	Г
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Неvus Ота располагается на А коже туловища Б коже верхних и нижних конечностей В коже лица и слизистых оболочках Г любых участках кожного покрова, подвергшихся инсоляции	В
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Основным методом диагностики при рубцовой алопеции является А трихоскопия Б биопсия В обследование гормонального фона Г обследование на витаминный и микроэлементный состав крови	Б
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При снижении витамина D пациенты с телогеновым выпадением волос жалуются на А снижение аппетита Б слабость, утомляемость В ухудшение зрения Г головные боли	Б
16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для подтверждения диагноза «синдром Сезари» проводят А ПЦР-исследование костного мозга Б иммунофлюоресцентное исследование кожи В иммуногистохимическое исследование кожи Г иммунофенотипическое исследование крови	Г

17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При классической саркоме Капоши первичным морфологическим элементом является А бугорок Б пустула В пятно Г пузырек	В
18	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: У больных гнездной алопецией могут наблюдаться поражения А кожи Б ногтевых пластин В слизистой наружных половых органов Г слизистой полости рта	Б
19	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Одним из рекомендованных методов лабораторной диагностики гонококковой инфекции является А микроскопия нативного мазка урогенитального тракта Б прямая иммунофлюоресценция урогенитальных мазков В иммуноферментный анализ крови Г культуральное исследование материала урогенитального тракта	Г
20	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Тревожное расстройство на коже головы может проявляться А пустулезными элементами Б невротическими эксфолиациями В безболезненными узлами Г мелкопластинчатым шелушением	Б
21	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Пельвиоперитонит может быть осложнением инфекции, вызванной А <i>Gardnerella vaginalis</i> Б <i>Treponema pallidum</i> В <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Г <i>Candida krusei</i>	В
22	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза «кольцевидная гранулема» являются А микровезикулы, покрытые серозными корочками Б узелки розового цвета или цвета нормальной кожи кольцевидной формы В сгруппированные герпетиформные пузыри с плотной покрывкой Г эрозии с блестящей поверхностью, расположенные кольцевидно	Б

23	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Спинная сухотка характеризуется А менингоэнцефалитом Б менигovasкулярным сифилисом В асимптомным нейросифилисом Г поражением задних корешков спинномозговых нервов	Г
24	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Гигантским врожденным невусом называют пигментное новообразование, размер которого превышает (в см) А 2 Б 20 В 5 Г 10	Б
25	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К основным патогенетическим механизмам гнездной алопеции относят А иммунопатологические процессы Б метаболические дефекты В инфекционные процессы Г неврологические нарушения	А
26	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Цитопlasma интраэпидермальных лимфоцитов при грибковидном микозе А представлена светлым перинуклеарным ободком Б едва различима между ядром и клеточной стенкой В густо заполнена базофильными гранулами Г обильная пенистая со слабой эозинофилией	А
27	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для сифилитического менингита характерен менингеальный симптом А Брудзинского Б Бехтерева В Гордона Г Керера	А
28	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Одним из рекомендованных методов лабораторной диагностики гонококковой инфекции является А микроскопия урогенитального мазка, окрашенного по Граму Б микроскопия нативного мазка урогенитального тракта В прямая иммунофлюоресценция урогенитальных мазков Г иммуноферментный анализ крови	А
29	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Андрогенная алопеция у мужчин – поредение и истончение волос в сочетании областей А затылочной и теменной	Б

	Б теменной и макушечной В затылочной и височных Г затылочной и макушечной	
30	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для невуса Шпиц характерно наличие А быстрого роста Б серо-синего цвета В коричневого цвета Г медленного роста	А
31	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К клиническому признаку гнездной алопеции относят появление на волосистой части головы А четкого округлого очага рубцового облысения Б четкого округлого очага нерубцового облысения В нечетко ограниченного очага облысения с сохранившимися фолликулами Г четкого округлого очага облысения с шелушением и обломанными волосами	Б

ПК-6

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Показанием к назначению ретиноидов внутрь ребенку грудного возраста является А параспориаз Б псориаз В себорейный дерматит Г врожденный ихтиоз	Г
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При проведении местного лечения гнездной алопеции используют А кератолитические средства Б средства, нормализующие тканевую трофику В антимикотические средства Г кортикостероидные мази длительно	Г
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В терапии андрогенной алопеции у мужчин используют миноксидила раствор (в процентах) А 7 Б 8 В 6 Г 5	Г
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	В

	При лечении диссеминированной формы саркомы Капоши назначают А ацитретин Б метотрексат В винкристин Г преднизолон	
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Циклоспорин взрослым перорально при тяжелой форме гнездовой алопеции назначают из расчета (в мг/кг) А 6, 5-9, 0 Б 9, 5-15 В 2, 5-6, 0 Г 0, 5-2, 0	В
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для наружной терапии при трихотилломании применяют А сосудистые препараты Б глюкокортикостероидные препараты В стимуляторы роста волос Г противогрибковые препараты	В
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При снижении уровня витамина D при телогеновом выпадении волос назначают А тиамин гидрохлорид + пиридоксин гидрохлорид + цианокобаламин Б пентоксифиллин В холекальциферол Г цинка сульфат	В
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В случаях отсутствия эффекта от проводимой терапии мазью с бетаметазоном, больному с витилиго можно назначить А метотрексат Б неогтиазон В такролимус Г ацикловир	В
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лечение офтальмии новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводят по схеме А орнидазол 25 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки в течение 5 дней Б цефтриаксон 25-50 мг на кг массы тела (не более 125 мг) внутримышечно в течение 3 дней В метронидазол 10 мг на кг массы тела перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней Г глазная эритромициновая мазь 0, 5% 2 раза в сутки	Б
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При удалении доброкачественных новообразований заморажива-	А

	ние должно выходить за пределы элемента на (в мм) А 2-3 Б 10-12 В 4-6 Г 8-10	
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Метотрексат взрослым перорально или подкожно при гнездной алопеции назначают (в мг) А 15-30 1 раз в неделю Б 5-10 1 раз в неделю В 15-30 ежедневно Г 15-30 1 раз в месяц	А
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: К препаратам выбора при лечении гнездной алопеции у детей относят А топические глюкокортикостероиды Б иммунодепрессанты В антиметаболиты Г системные глюкокортикостероиды	А
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При консервативном лечении классической саркомы Капоши назначают топические А средства с салициловой кислотой Б средства с 9-цис-ретиноевой кислотой В ингибиторы кальциневрина Г глюкокортикостероидные средства	Б
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: У беременных с диагнозом «кольцевидная гранулема» в качестве препарата наружной терапии разрешен раствор А ретинола ацетата Б ретинола пальмитата В токоферола ацетата Г диметилсульфоксида	В
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При снижении уровня витамина Д при телогеновом выпадении волос проводят терапию колекальциферолом ____ ме в сутки в течение _____ недель А 5000; 4-6 Б 10000; 4-6 В 5000; 8-12 Г 10000; 8-12	Г
16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	Г

	Продолжительность лечения бензилпенициллина новокаиновой солью взрослых, больных При рецидиве генитального герпеса рекомендовано назначать _____ мг per os 5 р/сут 5 дней А валацикловир 500 Б ацикловир 400 В валацикловир 250 Г ацикловир 200	
17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лечение локализованной гонококковой инфекции у беременных проводится А бензилпенициллином натриевой и калиевой солей Б цефтриаксоном или спектиномицином В эритромицином Г местнодействующими средствами	Б

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
18	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: К самому частому побочному эффекту от наружного применения миноксидила относят _____.	контактный дерматит
19	Прочитайте текст и вставьте пропущенное число: Показанием к назначению супрессивной терапии при генитальном герпесе является частота рецидивов свыше _____ эпизодов в год.	6
20	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Для лечения анапластической крупноклеточной лимфомы кожи с внекожными поражениями применяют _____.	полихимиотерапию
21	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Из препаратов, относящихся к группе моноклональных антител, для лечения анапластической крупноклеточной лимфомы кожи применяют _____.	брентуксимаб ведо-тин

ПК-8

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При назначении ПУВА-терапии начальная доза облучения составляет _____ % от мэд А 25-50 Б 50-70 В 30-40	Б

	Г 10-20	
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Режим проведения процедур ПУВА-терапии при кольцевидной гранулеме составляет _____ в неделю А раза Б раза В раз Г 2 раза	Г
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Общая доза облучения ПУВА-терапии при лечении грибовидного микоза составляет (в дж/см²) А 140-150 Б 90-100 В 100-120 Г 50-80	Г
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лазерное устранение гиперпигментации противопоказано при А мелазме Б поствоспалительной гиперпигментации В невусе Беккера Г окolorотовом дерматите Брока	Г

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);

2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);

3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- *ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания)* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут).

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на

задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т. п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).